

**UNESP - Universidade Estadual Paulista**

**“Júlio de Mesquita Filho”**

**Faculdade de Filosofia e Ciências**

**Edinalva Neves Nascimento**

**A FONOAUDIOLOGIA E OS ACIDENTES HUMANOS:**

**aspectos curriculares e opiniões de docentes e discentes**

**Marília-SP**

**2006**

**EDINALVA NEVES NASCIMENTO**

**A FONOAUDIOLOGIA E OS ACIDENTES HUMANOS:  
aspectos curriculares e opiniões de docentes e discentes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Educação. Área de concentração: Ensino na Educação Brasileira

Orientadora: Dra Sandra Regina Gimenez-Paschoal

Marília- SP

2006

**EDINALVA NEVES NASCIMENTO**

**A FONOAUDIOLOGIA E OS ACIDENTES HUMANOS:  
aspectos curriculares e opiniões de docentes e discentes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Educação. Área de concentração: Ensino na Educação Brasileira

**Banca Examinadora**

Presidente e orientadora

---

Dra. Sandra Regina Gimenez-Paschoal  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

2º Examinadora

---

Dra. Dionísia Aparecida Cusin Lamônica  
Universidade de São Paulo

3º Examinadora

---

Dra. Maria de Lourdes Morales Horiguela  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Marília, 17 de fevereiro de 2006.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, presença incontestável, pela oportunidade de prosseguir meus estudos e realizar este sonho.

À minha orientadora Dra. Sandra Regina Gimenez-Paschoal, pela confiança depositada e pelos ensinamentos compartilhados, me fazendo entender os valores da ética e da pesquisa.

Às doutoras Dionísia Aparecida Cusin Lamônica e Maria de Lourdes Morales Horiguela, por terem disponibilizado tempo e conhecimento, participando da banca de avaliação e contribuindo com a adequação do trabalho.

Às faculdades, representadas pelos coordenadores, docentes e discentes, que concordaram participar deste estudo, disponibilizando os documentos solicitados e respondendo os instrumentos de pesquisa.

À minha família, modelo de simplicidade, pela constante preocupação e torcida para que tudo desse certo, especialmente minha mãe, que sempre me fortaleceu por meio de suas orações.

Aos meus sobrinhos Gilson Nogueira Ramos e Dayne Soares Nascimento, por terem participado da contabilização dos dados, entendendo desde cedo a importância da ajuda.

À amiga Dra. Luciana Tavares Sebastião, pela abertura de participação no Estágio de Fonoaudiologia Educacional, sempre reforçando os conceitos e os valores da promoção da saúde.

Aos membros do Grupo de Pesquisa EDACI, que participaram das discussões e orientações do trabalho, especialmente as amigas Thaís Pondaco Gonsales e Larissa Helyne Bassan, que contribuíram com o andamento da pesquisa.

Às amigas Rita Aparecida de Oliveira e Renata Aparecida Belei que estiveram presentes desde o início, dividindo experiências, sendo companheiras nos eventos científicos e me auxiliando em várias etapas deste trabalho, inclusive nas decisões pessoais.

Aos amigos Dr. Francisco das Chagas de Sá e Dra. Marly Aparecida de Oliveira que sempre me acolheram em São Paulo e Santo André, se preocupando com cada etapa deste trabalho e me oferecendo valiosas dicas de vida.

À amiga Valéria Miranda Zanon que, mesmo estando longe, sempre me acompanhou no desenvolvimento deste trabalho.

Ao companheiro Paulo Roberto de Oliveira que me incentivou a continuar neste caminho, acompanhando meu crescimento pessoal e intelectual e respeitando minhas angústias e momentos de ausência.

NASCIMENTO, E. N. *A formação fonoaudiológica em relação aos acidentes humanos: aspectos curriculares e opiniões de docentes e discentes*. 2006. 132f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Faculdade de Filosofia e Ciências- Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Marília, 2006.

## RESUMO

Alterações fonoaudiológicas podem decorrer de acidentes e, embora possam ser evitadas, as medidas preventivas são escassas. A educação para a prevenção é a melhor forma de lidar com tais alterações, e pode ser realizada por um fonoaudiólogo. O objetivo desse estudo foi investigar a formação fonoaudiológica em relação aos acidentes humanos a partir de opiniões de docentes e discentes, além de documentos (matrizes curriculares, ementas e programas das disciplinas e estágios) dos cursos de Fonoaudiologia. Participaram 52 professores e 92 estudantes de três faculdades públicas e três privadas do Estado de São Paulo. Os dados foram coletados com base nos documentos das faculdades e nas respostas dos questionários fornecidos aos participantes. A análise das matrizes curriculares indicou que a carga horária teórica é concentrada nos primeiros anos dos cursos, e os estágios são realizados no final da graduação, o que pode dificultar uma inserção mais prolongada de ações educativas preventivas junto à comunidade. Os programas mostraram a utilização de aulas expositivas como principal método de ensino, além de provas teóricas na avaliação do aprendizado, ao invés de uma participação mais ativa do estudante nas atividades da graduação e do professor como mediador neste processo. As ementas dos cursos apresentaram riqueza de conteúdos sobre aspectos morfológicos e funcionais da cabeça e pescoço, patologias fonoaudiológicas que podem ser causadas por agentes agressores externos, e também conteúdos sobre atenção primária à saúde. Essas questões são relevantes e precisam ser enfatizadas, para que os alunos reconheçam a importância da prevenção de acidentes. As respostas dos questionários indicaram que os participantes receberam informações sobre primeiros socorros e prevenção de acidentes por meio de cursos e palestras nos locais de trabalho e auto-escola. Entretanto, tais informações precisariam ocorrer de forma sistemática em atividades curriculares e na formação continuada dos profissionais, a fim de favorecer a capacitação na prática fonoaudiológica. A maioria dos respondentes indicou a possibilidade de prevenção das causas externas acidentais por meio de orientações e palestras para a comunidade em geral e realizadas por profissionais da saúde. Os participantes também relataram que o conteúdo referente a acidentes poderia ser inserido nos cursos de Fonoaudiologia, principalmente nas disciplinas sobre prevenção. Por tratar-se de uma questão complexa e de difícil solução, seria preciso contar com a contribuição de todas as disciplinas do curso e dos esforços dos profissionais da área. Esse estudo evidencia a necessidade de reflexões acerca do modelo atual da formação superior do fonoaudiólogo, para que se possa ampliar e otimizar as oportunidades de atuação educativa/preventiva em relação às demandas sociais que envolvam acidentes humanos.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia, currículo, acidentes humanos.

NASCIMENTO, E. N. *Phonoaudiological Education in relation to human accidents: curricular aspects and opinions of professors and students*. 2006. 132f. Dissertation (Master Degree in Education)- Faculdade de Filosofia e Ciências- Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Marília, 2006.

## ABSTRACT

Phonoaudiological alterations can be caused by avoidable accidents, but preventive measures are scarce. Prevention education is the best way to deal with such alterations, and it can be carried out by a phonoaudiologist. The purpose of this study was to investigate phonoaudiological education in relation to human accidents based on the opinions of professors and students, and also on Phonoaudiology course documents (curricular matrices, discipline programs and summaries and training periods). The participants were 52 professors and 92 students from three public and three private colleges of the State of Sao Paulo. The data were collected from those documents and the questionnaires answered by the participants. Analysis of the curricular matrices showed that a theoretical schedule load is concentrated in the first-year courses, while training periods are carried out by the end of the graduation program, which may contribute to delay a longer insertion of preventive educational actions into the community. The programs showed the use of lectures as the main education method, as well as theoretical tests for learning evaluation, rather than a more active participation of the student in course activities and the professor as a mediator in this process. The summaries of the courses presented a wealth of contents on the head and neck morphological and functional aspects, phonoaudiological pathologies that can be caused by external aggressive agents, besides contents on primary health attention. These are relevant issues that need to be emphasized, so that the students can recognize the importance of preventing accidents. The answers to the questionnaires indicated that the participants had received information on first-aid procedures and accident prevention by means of courses and lectures in the workplace and driving school. However, such information should be systematically provided in curricular activities and in the professionals' continuing education, in order to favor qualification in phonoaudiological practice. Most of the participants mentioned the possibility of preventing external accident causes through orientation and lectures given by health professionals to the community in general. They also pointed out that the contents on accidents could be inserted in Phonoaudiology courses, specially in the disciplines dealing with prevention. However, as this is a complex issue that involves a difficult solution, contributions from both the course disciplines and the professionals working in this area are required. The present study indicated the necessity to reflect upon the current higher education Phonoaudiology program, so as to extend and optimize the opportunities for educational/preventive performance in relation to the social demands concerning human accidents.

**Key Words:** Phonoaudiology, curriculum, human accidents.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Distribuição das causas externas, tipos de lesão e alterações fonoaudiológicas decorrentes de acidentes.....	32
<b>Quadro 2:</b>	Distribuição das disciplinas das matrizes curriculares e respectivos trechos das ementas que contemplam aspectos estruturais e funcionais da cabeça e pescoço.....	61
<b>Quadro 3:</b>	Distribuição das disciplinas e estágios das matrizes curriculares e respectivos trechos das ementas que contemplam patologias que podem ser decorrentes de acidentes, assim como mecanismos de reabilitação....	62
<b>Quadro 4:</b>	Distribuição das disciplinas das matrizes curriculares e respectivos trechos das ementas que contemplam atividades de atenção primária à saúde.....	65



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b>	Distribuição da carga horária anual dos cursos.....	52
<b>Tabela 2:</b>	Distribuição da carga horária teórica anual e porcentagem em relação ao total de horas dos cursos.....	53
<b>Tabela 3:</b>	Distribuição da carga horária de estágio anual e porcentagem em relação ao total de horas dos cursos.....	54
<b>Tabela 4:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas do método de ensino utilizado pelos docentes nas disciplinas e estágios, conforme documentos dos cursos.....	56
<b>Tabela 5:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas dos recursos utilizados pelos docentes nas disciplinas e estágios, conforme documentos dos cursos.....	57
<b>Tabela 6:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas dos sistemas e instrumentos de avaliação utilizados pelos docentes nas disciplinas e estágios, conforme documentos dos cursos.....	59
<b>Tabela 7:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o tipo de informação recebida sobre acidente (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	67
<b>Tabela 8:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o meio de recebimento das informações sobre acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	69
<b>Tabela 9:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o local de recebimento das informações sobre acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	70
<b>Tabela 10:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os aspectos que definem acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	71

<b>Tabela 11:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os fatores facilitadores da ocorrência de acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	72
<b>Tabela 12:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os profissionais que poderiam realizar atividades de reabilitação das patologias causadas pelos acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	73
<b>Tabela 13:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os profissionais que poderiam realizar atividades preventivas de acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	75
<b>Tabela 14:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os tipos de atividades preventivas que poderiam ser realizadas para se evitar os acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	76
<b>Tabela 15:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o local de realização das atividades preventivas de acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	78
<b>Tabela 16:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os destinatários das atividades preventivas de acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	79
<b>Tabela 17:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o tipo de atividade realizada envolvendo o tema dos acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	80
<b>Tabela 18:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os destinatários das atividades realizadas sobre acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	81

<b>Tabela 19:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o local de realização das atividades relacionadas aos acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	82
<b>Tabela 20:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os conteúdos abordados nos cursos (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	85
<b>Tabela 21:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com a forma de abordagem nos cursos (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	86
<b>Tabela 22:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com as disciplinas curriculares em que o tema dos acidentes deveria ser inserido (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	89
<b>Tabela 23:</b>	Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com a maneira como o tema dos acidentes deveria ser abordado nos currículos dos cursos (N= 52 docentes e N= 95 discentes).....	90

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABNT</b>	Associação Brasileira de Normas Técnicas
<b>ATM</b>	Articulação Têmporo Mandibular
<b>AVE</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>CCI</b>	Centro de Convivência Infantil
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CFE</b>	Conselho Federal de Educação
<b>CID 10</b>	Classificação Internacional de Doenças- décima revisão
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública
<b>EPM</b>	Escola Paulista de Medicina
<b>PAIR</b>	Perda Auditiva Induzida por Ruído
<b>PUC-SP</b>	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
<b>SBFa</b>	Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
<b>SEADE</b>	Sistema Estadual de Análise de Dados
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCE</b>	Traumatismo Crânio Encefálico
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNESP</b>	Universidade Estadual Paulista
<b>UFPE</b>	Universidade Federal de Pernambuco
<b>UNI</b>	Uma Nova Iniciativa
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>URSS</b>	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
	2.1 A formação superior dos profissionais da área da saúde.....	14
	2.2 Breve histórico da atuação fonoaudiológica.....	19
	2.3 Os acidentes e suas implicações fonoaudiológicas.....	24
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>35</b>
	4.1 Geral.....	35
	4.2 Específicos.....	35
<b>5</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>36</b>
	5.1 Ambiente.....	36
	5.2 Participantes.....	36
	5.3 Materiais.....	37
	5.4 Procedimentos.....	37
	5.4.1 Faculdades.....	37
	5.4.1.1 Seleção das faculdades.....	37
	5.4.2 Documentos.....	39
	5.4.2.1 Obtenção dos documentos dos cursos.....	39
	5.4.2.2 Análise dos documentos dos cursos.....	40
	5.4.2.2.1 Matrizes curriculares .....	40
	5.4.2.2.2 Programas das disciplinas e estágios.....	41
	5.4.2.2.3 Ementas das disciplinas e estágios.....	41
	5.4.3 Questionários.....	42
	5.4.3.1 Entrevista preparatória para elaboração dos questionários.....	42
	5.4.3.1.1 Elaboração do roteiro de entrevista.....	42
	5.4.3.1.2 Realização das entrevistas.....	43
	5.4.3.1.3 Análise das entrevistas.....	44
	5.4.3.2 Elaboração dos questionários.....	44
	5.4.3.3 Pré-teste dos questionários dos discentes e docentes.....	45
	5.4.3.4 Aplicação dos questionários aos docentes.....	47

5.4.3.5	Aplicação dos questionários aos discentes.....	49
5.4.3.6	Análise dos questionários.....	50
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
6.1	Documentos.....	52
6.1.1	Matrizes curriculares.....	52
6.1.2	Programas das disciplinas e estágios.....	55
6.1.3	Ementas das disciplinas e estágios.....	60
6.2	Questionários.....	67
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>92</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	
	<b>APÊNDICES</b>	

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Edinalva Neves Nascimento

Marília, 17 de fevereiro de 2006.

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse da autora pelo tema dos acidentes surgiu após a conclusão do curso de graduação em Fonoaudiologia, durante participação no grupo de estudos Educação e Acidentes (EDACI), que possibilitou o conhecimento da literatura desta área, escassa em disciplinas e estágios curriculares ministrados na sua graduação. Nas atividades do EDACI foram propostas, ainda, discussões de projetos de pesquisa individuais e coletivos, envolvendo o tema dos acidentes, em parceria com alunos de graduação e pós-graduação, de diferentes áreas acadêmicas, sendo os resultados divulgados em eventos promovidos pelas áreas da educação e saúde.

Verificou-se na literatura que esta temática dificilmente foi mencionada na área da Fonoaudiologia e, quando se fez, foi tratado da reabilitação das alterações comunicativas decorrentes destes eventos. Os traumatismos, fraturas e queimaduras da face, cabeça e pescoço eram vistos como fatores etiológicos das lesões quando, em vários casos, a causa principal era o acidente. São escassos os relatos divulgando a importância da prevenção para reduzir os danos destas causas externas, levantando-se a hipótese de que poderia existir uma lacuna na formação do fonoaudiólogo referente a este tema, dificultando o processo de sensibilização do graduando ou profissional para atuação preventiva nesta direção.

A atenção para a prevenção de agravos à saúde foi enfatizada ainda mais durante participação da autora, como fonoaudióloga voluntária, no Estágio de Fonoaudiologia Educacional. Ao acompanhar as atividades de supervisão, discussão e planejamento de atividades a serem realizadas em instituições educacionais e de saúde, verificou-se que estas poderiam ser oportunidades viáveis para a realização de ações sobre prevenção de acidentes pelos estagiários, que poderiam orientar os alunos e funcionários das escolas de ensino infantil e fundamental, assim como os usuários e profissionais do sistema de saúde, sobre riscos para ocorrência de acidentes e medidas que poderiam promover a segurança da



população em geral. Para realizar atividades neste sentido, entretanto, os graduandos precisam ter conhecimentos sobre o tema, maior contato com a realidade social e integração com as equipes dos setores da educação e saúde, além de métodos de ensino-aprendizagem que favoreçam a flexibilidade entre a universidade e a sociedade.

Desta forma, procurou-se investigar neste estudo, como ocorre a formação do fonoaudiólogo em relação ao tema dos acidentes humanos, quais são os conteúdos abordados nos currículos das agências formadoras e nos programas das disciplinas, bem como as opiniões de docentes e discentes sobre o tema em estudo. O primeiro capítulo do trabalho faz uma reflexão a respeito da formação dos profissionais da saúde e sobre mudanças curriculares ocorridas nas universidades, seja de forma autônoma ou por intermédio de organismos externos. O segundo capítulo trata sobre um breve histórico da atuação do fonoaudiólogo, as conquistas no mercado de trabalho e as adaptações formativas para atender as propostas do sistema de saúde. E o terceiro capítulo faz uma intersecção entre duas vertentes, a Fonoaudiologia e os acidentes humanos, buscando correlacionar estas causas externas com possíveis alterações comunicativas ou de âmbito da atuação fonoaudiológica. Espera-se com este estudo sensibilizar os docentes, discentes e profissionais fonoaudiólogos para uma atuação preventiva com o tema, além da reabilitação, em parceria com outros profissionais da saúde e da educação, integrando conhecimentos e compartilhando ações que minimizem os efeitos negativos destas causas entre a população.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A formação superior dos profissionais da área da saúde**

O ensino dos profissionais da área da saúde, antes da década de 50, foi fortemente influenciado pelas propostas do modelo flexneriano, o qual valorizou a atenção individual e curativa da saúde em ambiente hospitalar. Para modificar a proposta curativa, foi necessário incluir disciplinas preventivas nos currículos dos cursos de formação e provocar mudanças conceituais entre os participantes ativos do processo de ensino-aprendizagem (WESCHSLER, 1995).

A partir dos anos 70 o conceito de saúde passou a ter um significado diferente, transformando-se de cura de doença para melhoria da qualidade de vida. O foco de atenção tornou-se coletivo, centralizando-se nas condições de vida das pessoas como moradia, trabalho, estudo e práticas de lazer (MENDES; VIANNA, 2000). A partir da mudança de foco, os estudantes e profissionais da saúde foram incentivados a desenvolver projetos direcionados ao bem estar da sociedade, prevenindo as doenças populares e promovendo a saúde coletiva.

Os incentivos e tentativas de mudança em saúde continuaram sendo discutidos mundialmente. Em 1978, na URSS, foi realizada uma conferência para debater sobre os cuidados primários da saúde da população, sendo os resultados sinalizadores da importância de uma atuação nesta direção, além da necessidade de investimentos financeiros e governamentais. Doze anos depois, no Canadá, a discussão foi retomada na primeira conferência mundial sobre promoção da saúde, estabelecendo-se como meta principal tornar as pessoas saudáveis até o ano 2000 (BRASIL, 2001).

Tendo percebido que a educação profissional foi ponto fundamental para se produzir conhecimentos e construir novas práticas em saúde, a Fundação Kellogg lançou em 1992 um convite às universidades latino-americanas para participarem do Projeto UNI- uma nova iniciativa- na formação dos profissionais da saúde. As instituições que aceitaram o convite e participaram do projeto desenvolveram o currículo integrado e propuseram parceria entre a universidade e a comunidade para enfrentar os problemas sociais (MACHADO; CALDAS JR; BORTONCELLO, 1997; FEUERWERKER; SENA, 2002).

A proposta do currículo integrado foi implantar uma metodologia ativa nos procedimentos de ensino-aprendizagem, articulando teoria e prática desde o início da formação e incentivando os alunos a atuarem em equipes multidisciplinares em diferentes ambientes comunitários (DAVINI, 1994; FEUERWERKER, 2000; FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000; KOMATSU, 2003).

Até o ano 2000 apenas cinco projetos brasileiros participavam da UNI: Salvador (BA), Natal (RN), Botucatu (SP), Londrina (PR) e Marília (SP). Os cursos de Medicina e Enfermagem estavam inseridos em todos eles, mas os de Odontologia, Farmácia, Psicologia e Nutrição participavam somente de alguns projetos (FEUERWERKER, 2000).

Segundo Rosseto e colaboradores (2005), o curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina alcançou avanços após a implantação do currículo inovador. Foram criadas condições humanas e instrumentais favoráveis para a formação de profissionais críticos, autônomos, participativos e ativadores de ações condizentes com as necessidades sociais, além de permitir a troca de práticas educacionais entre os diferentes grupos de professores, bem como de conhecimentos entre os estudantes.

As mudanças na formação dos profissionais foram positivas, mas não atingiram todos os cursos e agências formadoras. Há ainda um elevado número de instituições acadêmicas no

país que adota uma estrutura de ensino que não favorece a articulação entre as atividades teóricas e práticas (REDE UNIDA, 1999; ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 2000).

De acordo com informações do Ministério da Saúde, em 1993, existiam 393 cursos de graduação em saúde no Brasil. Em 1995 se formaram 27752 profissionais nesta área, sendo 7149 médicos, 6909 odontólogos, 4733 enfermeiros, 3996 farmacêuticos, 3422 fisioterapeutas e 1543 nutricionistas (BRASIL, 1993). O número de egressos dos cursos era vasto, mas os profissionais tinham, ainda, formação predominantemente curativa e geralmente desvinculada dos problemas básicos de saúde da população (SANTANA; CAMPOS; SENA, 2005).

No caso do ensino superior das profissões da saúde ocorre uma profunda dissociação entre a sua dinâmica e as necessidades de saúde da maioria da população. Os egressos das escolas geralmente desconhecem ou não se interessam pelos principais problemas de saúde pública. O enfoque do ensino predominante nas escolas privilegia o tratamento da doença com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente. A dimensão epidemiológica e social do processo de riscos e da promoção da saúde são objetos de ensino quase exclusivamente no âmbito dos departamentos de medicina preventiva e social ou equivalentes (p. 236-237).

Para Toralles-Pereira e Ribeiro (2002) muitas vezes estes profissionais careciam de aptidões básicas, como capacidade de comunicação, habilidade de trabalhar em grupo e agilidade na resolução de problemas imediatos.

Algumas instituições, dentre aquelas que não participaram do projeto UNI, se esforçaram na tentativa de realizarem mudanças, de maneira autônoma, no processo de ensino e aprendizagem dos profissionais da saúde. Autônomas no sentido de terem sensibilidade para enxergar as amplas necessidades sociais, de articular conhecimentos e competências acadêmicas, bem como utilizar os recursos humanos institucionais a favor da sociedade (DAL RI, 2001).

Santo e colaboradores (2004) realizaram um trabalho na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) envolvendo graduandos dos cursos da área da saúde, profissionais de

uma Unidade de Saúde da Família (USF) e a população periférica do Recife. Os autores perceberam que a inserção dos alunos na população desde o primeiro ano do curso, bem como a atuação deles entre as equipes de saúde, os tornaram mais comunicativos, além de ter incentivado a troca de informações entre os professores.

Outro trabalho semelhante foi desenvolvido com alunos do curso de Medicina da Santa Casa de São Paulo. Eles realizaram um programa de educação para saúde, com vários temas de interesse popular, junto a oitenta famílias residentes num bairro central deste município. Os resultados do trabalho indicaram que a extensão comunitária contribuiu para o aperfeiçoamento das atividades acadêmicas e para a melhoria da qualidade de vida da população, pois foram realizadas conforme as reais necessidades vindas da comunidade (AMORIN et al, 2004).

Fajardo e colaboradores (1998) destacaram que o contato com a realidade de saúde da população nos cursos de graduação, assim como a discussão entre profissionais sobre as demandas da comunidade, trazem resultados positivos na formação dos profissionais da saúde, possibilitando aos docentes desenvolverem intercâmbio entre as disciplinas e aos alunos maior compromisso social e atitude participativa em sala de aula.

Para mudar a atuação dos estudantes não basta, entretanto, acrescentar conteúdos nos currículos dos cursos de formação em saúde (KOMATSU, 2003). É preciso modificar os discursos dos professores que enfatizam os aspectos curativos.

Essas considerações levam à necessidade da modificação dos discursos didáticos da área, que freqüentemente priorizam os aspectos curativos em detrimento dos preventivos. A não adequação do ensino, modificação dos currículos, não incremento de pesquisas nessas áreas (...) e a falta de atenção dos professores das ciências da saúde em sua correlação com o sistema social ocasionam a capacitação profissional e tecnológica precárias em relação à prevenção (ANDRADE, 1996, p. 35).

O professor precisa estar envolvido de forma plena com a educação de seus alunos, com a comunidade e com a sua própria educação (KOMATSU, 2002). Para isto, é necessário ser mediador e parceiro da aprendizagem, auxiliando o estudante a enxergar os acontecimentos sociais e buscar formas de solucionar os problemas da realidade na qual está inserido (CAMPOS, 1985; DOLL, 1997; LIBÂNEO, 1998).

Seria importante incentivar os alunos a contribuírem com este processo, reconhecendo as falhas do processo formativo e refletindo sobre processos de ensino-aprendizagem, o que pode favorecer uma formação que venha ao encontro dos problemas de saúde e, principalmente, de antecipação das doenças (CANDEIAS, 1997; FONSECA, 1999; ANDRADE, 2000; GOMES;CASAGRANDE, 2002).

Foi nesta perspectiva que o Ministério da Saúde, em 2004, estabeleceu parceria com o Ministério da Educação e propôs o AprenderSus (APRENDER...2006) que tem:

#### Como enfoque

1. Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde;
2. Desenvolvimento de currículos integrados
3. Adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem
4. Adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de prática desde o início dos cursos
5. Trabalho em equipe multidisciplinar e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS

#### Como atividades

1. Capacitação pedagógica para docentes e profissionais dos serviços
2. Oficinas de sensibilização sobre o SUS visando subsidiar mudanças nos projetos pedagógicos
3. Estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo do curso)
4. Processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS
5. Especialização em educação de profissionais de saúde
6. Implementação das políticas de humanização com a participação dos professores e dos estudantes
7. Desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar
8. Participação na Vivência e Estágio na realidade do sistema único de saúde (VER/SUS/Brasil)

Com o incentivo dos Ministérios, envolvimento das instituições de ensino superior e apoio dos diversos segmentos externos às universidades estão sendo concretizadas propostas para mudanças na formação dos profissionais da área da saúde. Dentre elas, estão sendo realizados cursos de educação permanente em saúde, oficinas de sensibilização para o SUS e curso de especialização em ativação de processos de mudança. Acredita-se que esta articulação intersetorial entre a saúde e educação favorecerá a produção de conhecimentos e a formação de profissionais que desenvolvam um maior número de ações com relevância social no campo da saúde.

## **2.2 Breve histórico da atuação fonoaudiológica**

Os registros encontrados nos documentos, revistas e jornais, segundo Berberian (1995), revelaram que as práticas fonoaudiológicas iniciaram-se por volta de 1910 nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, mas foi a partir de 1940 que elas se tornaram marcantes no contexto social. Nesta época houve interesse de vários grupos em unificar a língua pátria, diante dos diferentes dialetos que desviavam a cultura da nação. A normatização da língua garantiria o reconhecimento da nação brasileira, necessário para a modernização da República e avanço industrial do país. Especialistas, empresários e agentes governamentais buscaram, na escola e nas figuras do professor especializado e do médico escolar, o diagnóstico e reabilitação dos chamados distúrbios da comunicação.

A crescente demanda pelo atendimento especializado incentivou, a partir de 1958, a criação dos primeiros cursos para formação de profissionais fonoaudiólogos no Brasil, representados pela Universidade de São Paulo (USP), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Escola Paulista de Medicina (EPM) e Universidade Federal de Santa Maria. Estes cursos não tinham um corpo teórico próprio, buscando conhecimentos em outras áreas

correlatas, principalmente na Medicina e na Psicologia. Logo, apresentaram características essencialmente clínicas, voltados para a cura de patologias previamente diagnosticadas pelos médicos e psicólogos (FISCHLIM, 1993; OKIDA; VIEIRA, 1995).

Em 1974 o Conselho Federal de Educação (CFE) fixou o currículo mínimo direcionado para a formação de profissionais tecnólogos. Este documento era composto por disciplinas teóricas e práticas desarticuladas entre si e distantes dos problemas sociais (CAPELLETTI, 1985; OKIDA; VIEIRA, 1995; GOMES; GIMENIZ-PASCHOAL, 2001).

As idéias sobre prevenção de agravos à saúde fonoaudiológica se destacaram na década de 80, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que privilegiou a formação de recursos humanos voltados para a atenção à saúde (PUCCINI, 1995).

Reconhecendo a importância deste profissional na equipe, em 1989 a Secretaria de Saúde da cidade de São Paulo contratou cerca de 200 fonoaudiólogos para prevenir os distúrbios da comunicação neste município. No entanto, ao invés de desenvolverem atividades preventivas, os profissionais realizaram atendimentos clínicos terapêuticos aos pacientes que procuravam os centros de saúde (MASSON, 1995).

Segundo Soares e Servilha (1994), o funcionamento do sistema de saúde também dificultava o planejamento de atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças ao repassar verbas aos municípios de acordo com o número de atendimentos realizados.

Existe no SUS a preconização teórica de que o atendimento, ou melhor, o aspecto preventivo, é prioritário para a Saúde Pública. Entretanto, o próprio SUS repassa as verbas em função do número de atendimentos privilegiando, de certa forma, a reabilitação. Isto traz, como consequência, um lógico e maior investimento na área reabilitacional em detrimento da preventiva, uma vez que os municípios dependem, em sua maioria, das verbas repassadas. Como consequência, as ações em nível primário ficam sendo relegadas a segundo plano, fato este comprovado pelo pequeno número de municípios que desenvolvem serviços educativos e preventivos (p. 83).



As habilidades direcionadas à prevenção não emergem subitamente para os profissionais, fazendo parte de um processo de conscientização gradativo que ocorre durante a formação universitária ou nos cursos de especialização, mestrado e doutorado que têm como eixo de estudo a educação e a saúde coletiva.

O campo de trabalho e pesquisa relativo ao eixo preventivo/comunitário ou da saúde pública/coletiva configura-se como um espaço privilegiado para o encontro da Fonoaudiologia com a realidade de vida da população brasileira. Assim, nos cursos de graduação, especialização, mestrado ou doutorado em Fonoaudiologia, o eixo de concentração de estudos que contemplam e representam a atuação em Saúde Pública/Coletiva desponta como um dos que mais perfeitamente se sintoniza com as necessidades sociais e com o momento sócio-político-econômico do país, subsidiando a formação de profissionais capazes de identificar as potencialidades, as demandas e as necessidades dos sujeitos e comunidades, bem como equacionar recursos teórico-práticos e metodológicos mais apropriados a cada sujeito, a cada comunidade, a cada realidade. (PENTEADO; SERVILHA, 2004, p. 115).

Como a universidade não é um processo acabado, ela tem a capacidade de se aperfeiçoar e formar profissionais fonoaudiólogos conscientes do que se passa na sociedade atual (OLIVEIRA; GARGANTINI, 1997). Tem-se encontrado na literatura atitudes individuais e institucionais que favorecem uma formação nesta direção. Algumas delas serão citadas, à guisa de exemplo, mas acredita-se que outros esforços podem estar sendo empreendidos e não necessariamente publicados.

Em relação à estrutura curricular, o curso de Fonoaudiologia da Escola Paulista de Medicina introduziu em seu currículo de graduação conteúdos teóricos e práticos, visando à formação de profissionais qualificados para atuação educacional e preventiva dos distúrbios da comunicação humana (IORIO, 1995).

No que se refere à disciplina, Gimenez-Paschoal, docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, verificou, durante análise

curricular, que este curso oferecia disciplinas básicas, nos primeiros anos da graduação, que poderiam contemplar novas situações de ensino-aprendizagem e auxiliar os alunos durante as atividades práticas posteriores, realizadas na clínica e instituições comunitárias. Resgatou, então, na literatura a estratégia “Prática de Vivência”, proposta por Drachemberg e Dolci (1996), fez reformulações e a propôs na disciplina Psicomotricidade Aplicada. Os estudantes de três turmas tiveram a oportunidade de realizar atividades psicomotoras com crianças da comunidade e orientações aos familiares das mesmas, bem como reflexões e discussões em sala de aula sobre aquilo que haviam vivenciado. A estratégia permitiu a integração de conhecimentos teóricos e práticos e contribuiu para o desenvolvimento de habilidades que poderiam ser realizadas nas disciplinas e estágios posteriores (GIMENIZ-PASCHOAL; OLIVEIRA, 2000; GIMENIZ-PASCHOAL; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2004).

Considerando os resultados obtidos com a “Prática de Vivência” na comunidade, a docente citada anteriormente ampliou o projeto de atuação para o Centro de Convivência Infantil (CCI), atualmente na terceira edição, oferecendo oportunidade aos graduandos de realizarem atividades psicomotoras com as crianças que freqüentam a instituição educativa de ensino infantil da própria instituição, criando oportunidade de enriquecimento da formação fonoaudiológica e de promoção do desenvolvimento infantil (GIMENIZ-PASCHOAL et al, 2005).

O vínculo entre professor e aluno pode contribuir com o processo de ensino-aprendizagem, sendo papel do primeiro discutir as questões educacionais, criar ou renovar a metodologia de ensino para que o graduando aprenda a pensar e a refletir sobre as suas ações, contribuindo tanto para o seu desenvolvimento pessoal quanto profissional (GIMENIZ-PASCHOAL; OLIVEIRA, 2003).

A estrutura curricular, bem como os documentos que regem a formação profissional, também podem influenciar no direcionamento do modelo educativo a ser adotado, no

conteúdo a ser ministrado, na didática do professor e no interesse do aluno (CAPELLETTI, 1991).

Os cursos de graduação geralmente planejam disciplinas teóricas no começo da formação, com conteúdos relativos ao desenvolvimento normal das estruturas lingüísticas, psicológicas e orgânicas. Depois, gradativamente, vão inserindo disciplinas específicas, com conhecimentos sobre as patologias fonoaudiológicas e estratégias terapêuticas (MIRASHI, 2000). Enfim, a formação parte “*do geral para o específico, do abstrato para o concreto, do teórico para o prático e do básico para o profissionalizante*” (CAVALHEIRO, 1996, p. 134).

Quando inicia as atividades de estágio, o graduando tem dificuldade para articular todo o conhecimento aprendido nos primeiros anos da Faculdade. Este momento é marcado por expectativas, ansiedade e insegurança, principalmente nos procedimentos de anamnese e avaliação fonoaudiológica, que são as primeiras atividades realizadas (LACERDA, 1993; GIACOMINI, 2000; MIRASHI, 2000). Assim, ele vivencia dois papéis diferentes, sendo aluno frente ao supervisor, que o avalia nos seus procedimentos terapêuticos, além de ser profissional diante do paciente (CASSAVIA, 1999; TEIXEIRA, 2004).

Apenas modificar a estrutura curricular pode não ser suficiente para trazer benefícios à formação profissional. Tem-se como exemplo a substituição do currículo mínimo, em 2001, pelas Diretrizes Curriculares para o Ensino de Graduação em Fonoaudiologia. Este documento tem sido indicado como inovador, estabelecendo princípios e procedimentos que viabilizam uma formação voltada para a prevenção, promoção e proteção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2003), mas apresenta contradições ao sugerir que as atividades práticas ocorram em clínicas-escola e nos últimos dois anos do curso de graduação (GOMES, 2002; GOMES; GIMENIZ-PASCHOAL, 2003).

As clínicas-escola são tradicionalmente destinadas às práticas remediativas e sustentam um modelo assistencial que se opõe às atividades de atenção primária à saúde, as

quais deveriam ser uma prioridade para a população. Preferencialmente, o estudante do curso deveria realizar atividades promotoras de saúde em diferentes ambientes comunitários (CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2002) e durante todo o curso.

### **2.3 Os acidentes e suas implicações fonoaudiológicas**

Uma excelente alternativa de trabalho preventivo que poderia ser realizada pelo fonoaudiólogo junto à população, nos diferentes ambientes comunitários e durante a sua formação, seria aquela relativa aos acidentes humanos. Eles representam um sério problema de saúde pública mundial e acometem as pessoas de todas as faixas etárias, incluindo desde bebês até a população idosa, cada qual com suas peculiaridades.

O minidicionário de língua portuguesa Aurélio define acidente como “*acontecimento casual e imprevisto*” (FERREIRA, 1993, p.7). Já o Ministério da Saúde o vê como “*um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais sendo, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis*” (BRASIL, 2000, p. 427).

A Classificação Internacional de Doenças, décima revisão, (CID 10) considera os acidentes como causas externas de lesão não intencionais e inclui entre eles os acidentes de transporte, envenenamentos, quedas, afogamentos, sufocações, exposição a forças mecânicas animadas e inanimadas, entre outras. Os agentes agressores podem ser químicos, físicos ou térmicos e são responsáveis por diferentes tipos de lesão como queimadura, distensões, luxações, fraturas e ferimentos na cabeça, pescoço, tronco, membros superiores e inferiores.

As lesões na região da cabeça e pescoço costumam ser as mais complexas. A complexidade se deve à diversidade e peculiaridades das estruturas anatômicas existentes

nestes locais, como sistema nervoso central, ossos, músculos, cartilagens, articulações e complexa vascularização, além da participação de sete pares de nervos cranianos, dentre doze existentes, que atuam na motricidade e sensibilidade das estruturas (MAZZAFERA, 1996; MADEIRA, 2001). Uma lesão nesta região pode comprometer a fala, a linguagem, a voz, a audição, a deglutição, a respiração, além de outras funções fonoaudiológicas.

Os traumas na cabeça costumam ocorrer de forma direta ou indireta, com penetração do agente agressor no crânio ou desaceleração do encéfalo contra a caixa craniana (FRANÇOIS, 2001). Existe uma elevada incidência de traumatismos crânio-encefálicos (TCE) no Brasil. Em 1998, nos hospitais públicos do país, foram internados 78981 pacientes com este tipo de lesão, sendo 16376 (20,7%) crianças menores de dez anos, principalmente vítimas de quedas e acidentes de transporte (KOIZUMI et al, 2001).

Somente no Estado de São Paulo, em 1997, foram atendidos 29717 pacientes por lesões e, destes, 3635 tinham TCE como diagnóstico principal, envolvendo menores de dez anos e homens adultos na faixa etária de 20 a 29 anos. As conseqüências mais comuns foram hemorragias intracranianas que levaram à morte cerca de 10% dos pacientes (KOIZUMI et al, 2000).

Um trabalho realizado no hospital das clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) reforçou a predominância de TCE entre a população jovem masculina. Dos 206 pacientes atendidos neste hospital com TCE grave, 166 (80%) eram do sexo masculino com média de idade de 29 anos. Os acidentes de trânsito predominaram entre eles (74%), seguidos de quedas e traumas diretos na cabeça por queda de objetos ou agressões físicas (DANTAS FILHO et al, 2001).

Em Salvador, no Hospital Geral do Estado da Bahia, foram recebidas 11028 vítimas de TCE no intervalo de um ano. Desse total, 555 necessitaram de internação hospitalar, 138 tiveram seqüelas neurológicas, incluindo distúrbio cognitivo e afasia e 127 pacientes

faleceram. As principais causas foram acidentes de transporte, agressões físicas e quedas (MELO; SILVA; MOREIRA JR, 2004).

Os mais agressivos causadores de lesões no crânio e na face, em todo o mundo, são os acidentes automobilísticos. Para amenizar o impacto destas causas externas, foram desenvolvidos equipamentos de segurança como cinto e *airbag* que, instalados no interior dos veículos, protegeriam os passageiros. Porém, eles ainda não são acessíveis ou utilizados pela maioria da população e nem se mostraram totalmente seguros.

Durante o acidente, a inflação do *airbag* pressiona o tórax, membros superiores e a região da cabeça e do pescoço causando graves esfoliações, lacerações e fraturas nos ossos da face e dentes (LINDEN; DENT, 2002; COX et al, 2004). A elevada temperatura durante seu enchimento, assim como a liberação de gases derivados do sódio, nos casos de perfuração do equipamento, trazem queimaduras térmicas e químicas na pele, principalmente a facial (SUHR; KREUSCH, 2004). Além disso, durante o acionamento é emitida uma pressão sonora de aproximadamente 168 dB a qual pode perfurar a membrana timpânica e causar perda auditiva, principalmente entre as frequências de 2000 e 4000 HZ, além de fístula perilinfática, zumbido e vertigem (YAREMCHUK; DOBIE, 2001).

O envolvimento de adultos jovens, entre 16 e 30 anos, associado à inexperiência, imprudência e irresponsabilidade, explica a elevada incidência de acidente automobilístico nesta faixa etária. Dentre todos os traumatismos ocorridos, a cabeça está envolvida em mais de 70% dos casos (GANDELMANN; MEDEIROS; BOGHOSSIAN, 2001).

A lesão cerebral é responsável por uma diversidade de alterações motoras, cognitivas e comportamentais. Quando a lesão atinge o hemisfério cerebral esquerdo, podem ocorrer as afasias, com comprometimento nos componentes fonológicos, sintáticos, lexicais e discursivos, além de perturbações na recepção e/ou expressão da linguagem oral e escrita. Por outro lado, se acometer o hemisfério direito, há alteração na função espacial, prosódia

e expressão emotiva; são afetadas as capacidades de concentração, memorização, orientação espacial, resolução de problemas e linguagem, bem como favorece o aparecimento de irritabilidade, agressividade, depressão e, em casos mais graves, comportamentos psicóticos (FRANÇOIS, 2001; MATTOS; SABOYA; ARAÚJO, 2002; RODRIGUES; SILVA, 2002; BUCK, 2003; DANTAS FILHO, 2004).

A fraturas faciais também são lesões muito comuns entre homens de 15 a 40 anos e sua gravidade varia de acordo com a força do agente agressor (IIDA; MATSUYA, 2002; ADEBAYO; AJIKE; ADEKEYE, 2003; BIANCHINI, 2003; FALOSA et al, 2003; MOTAMEDI, 2003; OGUNDARE; BONNICK; BAYLEY, 2003; EROL; TANRIKULU; GÖRGÜN, 2004; BAK; DOERR, 2004; GASSNER et al, 2004; SHERE et al 2004).

Em Ohio, Estados Unidos, 6117 pacientes foram internados num centro de atendimento para pacientes traumatizados num período de quatro anos. Desse total, 611 (11%) tiveram fratura de face, sendo que 358 (60%) sobreviveram e 303 (40%) foram a óbito. Aqueles que faleceram apresentaram, além da fratura facial, várias complicações neurológicas, o que possivelmente afetaram as estruturas vitais (PLAISIER et al, 2000). Os que sobreviveram tiveram que conviver com as cenas dos acidentes na memória, além de fobia, ansiedade e depressão (HULL et al, 2003; LENTO et al, 2004)

A literatura nacional e internacional sobre o tema mostra que a mandíbula é a estrutura facial mais acometida nas diferentes situações acidentais, causando alterações na fala, mastigação, deglutição, oclusão dentária e estética facial (EMSHOFF et al, 1997; TOUMA et al, 1999; MARKER; NIELSEN; BASTIAN, 2000; ELLIS; THROCKMORTON, 2000; TULLIO; SESENNA, 2000; BOOLE et al, 2001; SCHON; ROVEDA; CARTER, 2001; CONSTANTINO et al; 2002; JACOBS; EDMONDSON; LOWRY, 2002; KIESER et al, 2002; OLASOJI; TAHIR; AROTIBA, 2002; THROCKMORTON ; ELLIS; HAYASAKI, 2003; ANDRADE FILHO et al, 2000, 2003; GASSNER et al, 2003; IIDA et al, 2003;

REBELLATO, 2003; ANSARI, 2004; LASKI et al, 2004; HORIBE et al, 2004; LONG et al, 2004).

Em seguida aparecem os ossos menores, mais proeminentes e susceptíveis a fraturas, como o zigomático, a maxila, o osso nasal e os processos alveolares (ALVI; DOHERTY; LEWEN, 2003; KRAUS et al, 2003; BIANCHINI, 2004; FERNANDES, 2004; SHEPERD et al, 2004; FERREIRA et al, 2004; HOLMES et al, 2004; HOLMGREN, 2004; MADEIRA, 2001; WANG et al, 2004).

Dependendo do tipo e da gravidade do traumatismo, ainda podem ocorrer alterações nas estruturas do sistema auditivo, desde o conduto externo até as vias auditivas centrais. Pode haver perfuração da membrana timpânica, desarticulação da cadeia ossicular e acúmulo de sangue no ouvido médio, resultando em perdas auditivas condutivas. Além disso, pode ocorrer hemorragia no ouvido interno e degeneração dos neurônios cocleares, causando perdas auditivas neurossensoriais. É comum a lesão no nervo vestibulo-coclear, assim como disfunção vestibular central e até mesmo morte labiríntica (JERGER, 1989; BRITO NETO; KIOSHI; AKAMI, 1999a; MARTIN et al, 2000; SENO, 2002).

Os agentes agressores podem fraturar o osso temporal, em sua porção petrosa, podendo ocorrer perda auditiva neurossensorial profunda, anacusia e presença de zumbido e tontura (RUSSO; SANTOS, 1993; DIÓGENES, 2002). O comprometimento desta estrutura acomete, ainda, o trajeto do nervo facial causando paralisia na face em até 25% dos casos (MCKENNAN; CHOLE, 1992; ISHMAN; FRIEDLAND, 2004).

A paralisia facial traz alterações na mastigação, sucção, gustação e respiração, bem como inibe os movimentos da mímica e expressão facial. A fala também fica comprometida, principalmente na produção das consoantes bilabiais /p/, /b/, /m/ e nas lábio-dentais /f/ e /v/. Ainda assim, a deformidade altera a estética da face, levando a pessoa ao constrangimento, isolamento social e até mesmo à depressão (TESTA;



MUNHOZ; SUAREZ, 1991; GUEDES, 1999; ANTUNES; TESTA, 2000; FRANÇOIS, 2001; LAZARINI et al, 2002).

No Centro Médico Hershey, Pensilvânia, foram internados 108 pacientes com idade máxima de 17 anos, num intervalo de quatro anos, com fratura no osso temporal. As principais causas destas lesões foram quedas, seguidas de acidentes automobilísticos e atropelamentos. As conseqüências foram paralisia facial, perda auditiva condutiva e lesão intracraniana na maioria dos pacientes (ORT; BEUS; ISAACSON, 2004).

Dentre os 82 pacientes com paralisia facial periférica, atendidos entre 1990 e 1999 no ambulatório de Otorrinolaringologia da Escola Paulista de Medicina, 61% tiveram TCE como causa primária (PINNA; TESTA; FUKUDA, 2004).

A paralisia cerebral é uma desordem que também pode resultar de TCE (NOETZEL; MILLER, 2002) acometendo a linguagem, fala, audição e deglutição, além de interferir no quadro motor da pessoa acidentada. A hemorragia intracraniana pode causar, ainda, lesões múltiplas e difusas na região cortical do cérebro comprometendo o mecanismo da deglutição em até 50% dos casos (SILVA, 1997; AURÉLIO; GENARO; MACEDO FILHO, 2002; ASSÊNCIO-FERREIRA, 2003).

Os músculos e articulações da região da cabeça e pescoço também costumam ser atingidos pelos agentes agressores e, quando danificados, alteram a estrutura do sistema estomatognático e comprometem as funções de mastigação, sucção, respiração e fonoarticulação (TRAWITZKI, 2004). Nos casos em que as fraturas são complexas, pode ocorrer alteração na sensibilidade e motricidade dos órgãos fonoarticulatórios, modificando as fases antecipatória, preparatória e oral da deglutição trazendo, assim, riscos de pneumonia aspirativa (BENINCASA, 2002).

O trauma brusco no pescoço pode dilacerar as mucosas da laringe, lesionar as pregas vocais e comprometer a via aérea superior acarretando dificuldade respiratória, alteração vocal e dores durante a deglutição (BRITO NETO; KIOSHI; AKAMI, 1999b; SIDLE; ALTMAN, 2002).

Marchi e colaboradores (1999) relataram o caso de uma criança que se pendurou num tanque de concreto e o mesmo caiu sobre o pescoço. Neste caso houve danificação de traquéia e laringe, resultando em respiração bucal, distúrbio articulatório, hipotonia de língua e bochechas, bem como qualidade vocal extremamente soprosa e áspera. Além de acompanhamento fonoaudiológico, a criança necessitou de reparações cirúrgicas e observação multidisciplinar constante.

O pescoço e a face costumam ser alvo de ataque de animais domésticos que convivem próximos às suas vítimas e causam contusões, lacerações e fraturas nesta região do corpo (CIAMPO et al, 2000; MITCHELL et al, 2003; BAHRAM; BURKE; LANZI, 2004; KUTTENBERGER; HARDT; SCHLEGEL, 2004; UEECK et al, 2004).

A região cervical pode ser afetada também por objetos pontiagudos e projéteis de arma de fogo que lesionam o esôfago, a traquéia e, principalmente, a laringe. As lesões comumente trazem sintomas como dispnéia, disfagia e estridor laríngeo. (KIM; BUCKMAN; SZEREMETA, 2000; PINTO et al, 2000; THOMPSON; PORTER; FERNANDEZ, 2002).

Corpos estranhos animados como baratas, aranhas e demais insetos podem penetrar pelas cavidades da boca, nariz e conduto auditivo e se acomodarem nestes locais, trazendo desconforto e perturbações na vítima (FIGUEIREDO et al, 2002)

Por sua vez, pequenos objetos costumam ser ingeridos pelas crianças e permanecerem alojados em estruturas como o esôfago, traquéia e laringe levando-as, conseqüentemente, ao

quadro de sialorréia, disfonia ou até mesmo morte (BITTENCOURT; CAMARGOS, 2002; SOBRINHO et al, 2004).

As crianças são, ainda, as mais acometidas pelas queimaduras de face e pescoço. Oliveira e Gimenez-Paschoal (2002) analisaram os dados da Fundação SEADE, de 1996 a 1999, referentes à mortalidade de crianças por exposição a agentes térmicos. Observaram que no Estado de São Paulo, neste período, 231 crianças foram vítimas de queimaduras, principalmente aquelas de até quatro anos de idade. Os agentes térmicos, representados pelo alto teor calórico e inalação de gases químicos, afetam diretamente as pregas vocais, dificultando a produção sonora e alterando as características que identificam a voz humana (TOLEDO, 1999). Os resultados destes eventos são desastrosos e trazem, além de outras conseqüências, prejuízos para as funções estomatognáticas, mastigação, fala, respiração e emissão vocal (MELO, 1999).

O conhecimento sobre fatores etiológicos acidentais dos distúrbios da comunicação poderia auxiliar no desenvolvimento e planejamento de atitudes preventivas. A notificação é a chave para o conhecimento do problema, mas tratando-se do tema dos acidentes, ainda é escassa. Para Laurenti (1997):

Todas as mortes por qualquer causa externa, por lei, devem ter o atestado de óbito preenchido por um médico legista, após realização de autópsia. O que se tem verificado é que, freqüentemente, o médico legista imprime no Atestado de Óbito apenas a natureza da lesão (fratura, esmagamento, lacerações e outras) e não circunstâncias do evento. Dessa forma, não poucas vezes, as estatísticas de mortalidade por causas externas estão influenciadas por categorias em que se ignora se o que ocorreu foi acidente, homicídio ou suicídio, ou mesmo sabendo-se isso, não se tem detalhes (tipo do acidente, agente do homicídio ou suicídio). ( p. 55)

No Quadro 1 pode-se observar sinteticamente as causas externas acidentais, tipo de lesão e as conseqüências fonoaudiológicas que podem ser decorrentes destes eventos.

**Quadro 1:** Distribuição das causas externas, tipos de lesão e alterações fonoaudiológicas decorrentes de acidentes.

<b>Causa externa</b>	<b>Tipo de lesão</b>	<b>Conseqüência/alteração fonoaudiológica</b>
Acidente de transporte (colisão/atropelamento)	Traumatismo crânio-encefálico	Linguagem, fala, audição, deglutição, cognição e comportamento
	Fratura osso temporal	Perda auditiva, zumbido, tontura, paralisia facial
	Fratura de face	Estética, articulação, mastigação, fonação, deglutição, oclusão dentária
Acidente de transporte (inflação <i>airbag</i> )	Esfoliação, laceração, queimadura térmica e fratura da face e pescoço	Estética, articulação, mastigação, fonação, deglutição, oclusão dentária
Acidente de transporte (inflação <i>airbag</i> -emissão de pressão sonora)	Perfuração de membrana timpânica Fístula perilinfática	Perda auditiva, zumbido, tontura
Acidente de transporte (perfuração <i>airbag</i> )	Queimadura química na face e pescoço	Estética, articulação, mastigação, fonação, deglutição
Exposição a forças mecânicas inanimadas	Esmagamento e perfuração de laringe e faringe	Respiração, fonação, deglutição
Exposição a agentes térmicos	Queimadura face Danificação pregas vocais	Mastigação, articulação, deglutição, respiração, fonação
Exposição a forças mecânicas animadas (mordeduras e golpes)	Laceração e fratura da face, cabeça e pescoço	Mastigação, articulação, deglutição, respiração, fonação, audição, perda auditiva
Inalação de produtos químicos e ingestão de objetos	Danificação pregas vocais e faringe	Respiração, fonação, deglutição

### 3 JUSTIFICATIVA

As causas externas acidentais são eventos não intencionais, evitáveis e determinadores de lesões físicas e emocionais (BRASIL, 2000). Quando os agentes agressores físicos, térmicos ou químicos atingem a região da cabeça e/ou pescoço trazem, dentre outras sequelas, distúrbios diretos e indiretos da comunicação humana.

A morbidade fonoaudiológica é efeito da alteração estrutural e funcional dos tecidos moles e duros que sofrem algum tipo de lesão. Dependendo do local da contusão e do grau de acometimento, o quadro clínico da vítima será amenizado por meio de reabilitação fonoaudiológica e demais especialidades da área da saúde. Entretanto, muitas vezes este quadro será irreversível, com possíveis complicações nas estruturas vitais, levando consecutivamente à morte.

A mortalidade por causas externas ocupa a segunda ou terceira posição mundial e, infelizmente, têm perspectivas de aumento para os próximos anos (MELLO JORGE; GAWRYSZEWSKI; LATORRE, 2000; BLANK, 2002). O índice de injúrias físicas e óbitos por acidentes são assustadores, assim como os custos diretos e indiretos absorvidos por esta causa (IUNES, 1997).

Os agentes agressores comumente estão presentes nos lares, escolas, locais de lazer e de trabalho, tornando estes ambientes facilitadores para a ocorrência de um acidente. Na maioria das vezes as pessoas desconhecem os riscos sob os quais estão expostas, sendo carentes de informações educativas que lhes orientem sobre como prevenir as injúrias.

A prevenção é a melhor solução para os acidentes humanos e deveria ser sensibilizada na formação superior de todos os profissionais da saúde, inclusive do fonoaudiólogo, que poderia estruturar e desenvolver programas educativos junto à comunidade, para que as pessoas pudessem compreender a gravidade deste problema e desenvolver estilos de vida e ambientes mais seguros.

Existe, portanto, a necessidade de se contemplar na formação do fonoaudiólogo aspectos teóricos e práticos sobre este tema para que ele possa realizar ações educativas para prevenção e controle dos acidentes. Entretanto, não foi encontrado na literatura nenhum estudo que investigue como ocorre a formação deste profissional em relação aos acidentes humanos, nem mesmo um que focalize como docentes e discentes se posicionam a respeito, conhecimentos estes que seriam essenciais para refletir e tentar implementar uma formação desta natureza, no sentido de contribuir com a diminuição deste sério problema de saúde pública e com uma formação superior mais adequada à realidade da população.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Investigar a formação fonoaudiológica em relação aos acidentes humanos.

### **4.2 Específicos**

- Verificar se o conteúdo dos acidentes humanos está sendo contemplado na estrutura curricular dos cursos de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo;
- Verificar opiniões de docentes e discentes de cursos de graduação em Fonoaudiologia a respeito dos acidentes humanos e investigar se os mesmos buscam adquirir conhecimentos e competências nesta área do conhecimento.

## **5 MÉTODO**

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” sendo por ele aprovado- protocolo 396/2005. Ressalta-se que todos os princípios éticos foram cumpridos conforme versa a Resolução 196/96.

### **5.1 Ambiente**

Este estudo foi realizado em seis faculdades de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo, sendo três públicas e três privadas.

### **5.2 Participantes**

Foram participantes desta pesquisa 52 docentes (37 das públicas e 15 das privadas) e 95 discentes (68 das públicas e 27 das privadas).

Dentre os docentes, 45 (86,5%) eram do gênero feminino e 7 (13,4%) do gênero masculino. Apresentaram idade entre 26 e 65 anos com média de 41,4 anos e desvio padrão de 7,6. O tempo decorrido após a graduação variou de 5 a 33 anos, com média de 20 anos e desvio padrão de 6,9, sendo 39 fonoaudiólogos, três psicólogos, três médicos, dois biólogos, um lingüista, um dentista, dois fonoaudiólogos/lingüista e um fonoaudiólogo/psicólogo.

Dos discentes participantes, todos cursavam o quarto ano, sendo 91 (96%) do gênero feminino e 4 (4%) do masculino. A idade variou entre 20 e 29 anos com média de 22,6 anos e desvio padrão de 1,7.



### **5.3 Materiais**

Utilizou-se computador com alta capacidade de memória e velocidade na execução de tarefas, internet contínua, impressora multifuncional, gravador de áudio portátil e fitas cassete.

Para o estudo dos documentos foram utilizadas as matrizes curriculares dos cursos, ementas e programas das disciplinas e estágios.

Como impressos elaborou-se carta de apresentação da pesquisa, termo de consentimento, ofício para Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), bem como roteiro de entrevista (APÊNDICE A), questionários para docentes (APÊNDICE B) e discentes (APÊNDICE C).

### **5.4 Procedimentos**

A coleta dos documentos dos cursos, assim como a aplicação dos questionários aos docentes e discentes foi realizada entre 14/03/2005 e 05/09/2005.

#### **5.4.1 Faculdades**

##### **5.4.1.1 Seleção das faculdades**

Foram convidadas a participar deste estudo todas as instituições formadoras de fonoaudiólogos do Estado de São Paulo, ou seja, trinta e uma faculdades de Fonoaudiologia, sendo cinco públicas e vinte e seis privadas.

A relação das faculdades foi obtida no *site* da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), especificamente na subdivisão da segunda região. O acesso ao *site* foi realizado

periodicamente, a fim de verificar se ocorreria alguma atualização nas informações, mas nenhuma alteração foi observada no período da investigação.

Uma cópia da lista das faculdades foi impressa junto a seus respectivos endereços de localização, endereço eletrônico e telefones para contato. Vários telefonemas foram realizados para o Departamento de Fonoaudiologia de cada instituição a fim de estabelecer contato com o coordenador do curso, porém, nem sempre foi possível por este meio. Na maioria das vezes a comunicação com o coordenador deu-se pelo endereço eletrônico obtido com as secretárias de cada Departamento.

Para os coordenadores foi encaminhada uma carta de apresentação explicando a proposta do trabalho e solicitando a participação da faculdade na pesquisa, bem como um termo de consentimento que indicava aprovação institucional. Em todas as vezes os documentos foram enviados para o e-mail do coordenador do curso, exceto em dois momentos, em que foram entregues pessoalmente ou encaminhados pelo correio, com uma cópia anexa do projeto, conforme solicitação dos coordenadores.

Estes documentos, bem como os demais com propósito ético deste estudo, foram elaborados conforme a sugestão de Cozby (2003) considerando-se o anonimato do respondente, o sigilo da informação confidencial, esclarecimentos sobre a pesquisa e liberdade de escolha na participação, assim como os demais princípios éticos expostos na resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Além de apresentar os objetivos do estudo, a carta de apresentação solicitava os documentos oficiais dos cursos (matriz curricular, programas e/ou ementas das disciplinas) e permissão para aplicar questionários aos estudantes do quarto ano e a todos professores do curso de Fonoaudiologia. Foi estipulado um prazo de trinta dias, a partir da data de envio, para encaminhamento dos materiais solicitados, excedendo conforme a disponibilidade de resposta de cada instituição.

Dentre todas as faculdades convidadas a participar da pesquisa, vinte enviaram resposta e onze não responderam, mesmo após inúmeras tentativas. Das que responderam, sete informaram que o curso de Fonoaudiologia não se encontrava mais em funcionamento e quatro não aceitaram participar do estudo, alegando diversos motivos, dentre eles, o processo de reestruturação curricular, mudanças internas na instituição ou impossibilidade em disponibilizar os programas das disciplinas. Outras três faculdades pediram prazo maior para organização e encaminhamento dos documentos, mas este não pôde ser concedido, pois ultrapassava o cronograma de coleta de dados da pesquisa, já restrito devido ao período de férias das agências formadoras.

Por fim, concordaram em participar deste estudo, disponibilizando os documentos solicitados e autorizando a participação dos professores e alunos, sob o consentimento individual de cada um deles, seis faculdades de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo, sendo três públicas e três privadas, que se constituíram na amostra final de estudo desta pesquisa.

## **5.4.2 Documentos**

### **5.4.2.1 Obtenção dos documentos dos cursos**

Os documentos dos cursos foram retirados da Internet, no *site* das instituições de ensino, solicitados aos coordenadores do curso que os encaminharam via e-mail e correio ou mesmo retirados, sob o consentimento do coordenador, na sessão de graduação das faculdades.

Na maioria das vezes as matrizes curriculares encontravam-se disponíveis na Internet. Entretanto, antes de copiá-las foi feito um breve contato, por telefone, com o Departamento de

Fonoaudiologia daquelas que os disponibilizava neste meio, para verificar se aqueles documentos estavam atualizados. Algumas faculdades informaram que as matrizes eram atuais; outras relataram que não, encaminhando os documentos atualizados pelo e-mail ou correio.

Em uma Faculdade o coordenador solicitou o contato pessoal da pesquisadora para explicar-lhe o objetivo do trabalho e também aos coordenadores das subáreas do curso. Tendo realizado este contato, os documentos foram colocados à disposição.

Todos os documentos foram obtidos de forma gratuita, exceto em uma faculdade pública, em que foi cobrada taxa para reposição de “papel e impressão” (sic coordenadora administrativa) dos documentos. Desta forma, foram disponibilizados 593 documentos pelas faculdades participantes, sendo seis matrizes curriculares, 353 ementas e 234 programas de disciplinas.

#### **5.4.2.2 Análise dos documentos dos cursos**

A maioria das informações obtidas nos documentos dos cursos foi analisada de forma quantitativa e qualitativa conforme as sugestões de Triviños (1987a), Minayo e Sanches (1993) e Santos (1999), que propõem complementar as duas abordagens para melhor compreender a realidade estudada. Em seguida foi realizado estudo descritivo das informações encontradas (TRIVIÑOS, 1987b).

##### **5.4.2.2.1 Matrizes curriculares**

Para analisar as matrizes curriculares dos cursos, optou-se pela somatória das cargas horárias disponíveis nestes documentos, sendo elas distribuídas anualmente. Classificou-se

em carga horária anual o número de horas destinado às disciplinas teóricas e aos estágios. Foram contabilizadas em carga horária teórica as horas correspondentes às disciplinas teóricas e teórico-práticas e, em carga horária de estágio, o número de horas dedicado à realização deste tipo de atividade.

#### **5.4.2.2 Programas das disciplinas e estágios**

Dos programas das disciplinas e estágios foram obtidas informações sobre método de ensino, recursos e sistemas de avaliação utilizados pelos docentes. Estas informações foram registradas e contabilizadas na forma como apareceram nos documentos.

#### **5.4.2.3 Ementas das disciplinas e estágios**

As informações das ementas foram analisadas de forma qualitativa. Foram realizadas várias leituras dos documentos e destacadas palavras e conjuntos de palavras que se assemelhavam quanto ao critério semântico (BARDIN, 1977a; OLIVEIRA et al, 2003). Estas unidades foram classificadas em três grandes temas: 1) aspectos estruturais e funcionais da cabeça e pescoço, 2) patologias que podem ser decorrentes de acidentes e mecanismos de reabilitação 3) atividades de atenção primária à saúde. As expressões foram recortadas e registradas na forma como apareceram dos documentos. A classificação realizada, assim como os recortes das ementas, foram avaliados por dois juízes da área da educação que apresentaram sugestões para adequar a categorização.

### **5.4.3 Questionários**

#### **5.4.3.1 Entrevista preparatória para elaboração dos questionários**

Pelo fato de serem escassos, na literatura, os estudos que mostram a opinião dos professores e alunos dos cursos de Fonoaudiologia sobre os acidentes humanos (causas, conseqüências e formas de atuação preventiva), optou-se por realizar uma coleta preliminar por meio de entrevista que auxiliasse na estruturação de um questionário definitivo de pesquisa. Segundo Manzini (2004a, 2004b) a entrevista semi-estruturada é um instrumento que permite levantar informações básicas como, por exemplo, experiências e opiniões dos informantes, que auxiliam na elaboração de questões que podem ser investigadas posteriormente, em uma população maior, por meio de questionários.

##### **5.4.3.1.1 Elaboração do roteiro de entrevista**

Foi elaborado previamente um roteiro de entrevista para discentes com cinquenta e três questões subdivididas em dois grandes grupos: aspectos pessoais e características da formação em relação aos acidentes humanos. O primeiro englobou a concepção do informante sobre o tema, assim como a importância dada ao assunto, o envolvimento em situações acidentais e opiniões sobre os fatores que facilitam ou dificultam a ocorrência de injúria. O segundo apresentou informações sobre a existência deste conteúdo na formação profissional, bem como outras fontes de conhecimento, externas às atividades universitárias, que poderiam ter abordado o assunto.

Na elaboração do roteiro de entrevista foram tomados cuidados quanto ao vocabulário utilizado, redação e formatação das perguntas, assim como seqüencialização das questões,

partindo-se das mais simples para as mais complexas, com o intuito de deixar o entrevistado à vontade e incentivá-lo a oferecer informações importantes e condizentes aos objetivos do estudo (REA; PARKER, 2000a; MANZINI, 2003).

Posteriormente, o roteiro foi encaminhado para apreciação de três juízes, sendo um doutor e dois mestres, que fizeram adequações neste instrumento, de acordo com os requisitos citados anteriormente, além de sugerirem a exclusão ou inserção de novas questões.

#### **5.4.3.1.2 Realização das entrevistas**

Com a reformulação do roteiro, iniciou-se o processo de coleta parcial da pesquisa. Foi estabelecido contato com os coordenadores de duas faculdades, uma pública e outra privada, de maior proximidade ao local de estudo da pesquisadora, e solicitada autorização para realizar entrevistas com alunos do quarto ano do curso de Fonoaudiologia. Embora as faculdades tenham participado da amostra final, os alunos se diferenciaram, pois eram de uma turma anterior àquela da coleta final do estudo.

Concedida a autorização do coordenador, foram realizadas visitas às duas faculdades. Os alunos foram abordados nos corredores, aos intervalos e finais de aula, informados sobre a proposta da pesquisa e convidados a participar do estudo, conforme a concordância e disponibilidade de colaboração de cada um deles, como sugerido por Moura, Ferreira e Paine (1998) nas pesquisas com amostra não-probabilística.

Participaram desta etapa onze estudantes, sendo cinco da faculdade privada e seis da pública. O tamanho da amostra foi definido no decorrer do trabalho, ao perceber-se a estabilidade e similaridade das respostas dos informantes durante realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas nas clínicas-escola das faculdades, em salas que se encontravam disponíveis, cedidas pela secretária deste local ou professores do curso presentes no momento.

#### **5.4.3.1.3 Análise das entrevistas**

Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, de acordo com as normas gramaticais e conforme os padrões estabelecidos por Pretti e Urbano (1988) referente à utilização de sinais lingüísticos, sinalizadores de interrogação, silabação, pausas e outras variações ocorridas na conversação.

As informações transcritas foram analisadas e separadas em trechos que se familiarizavam quanto ao tema ou idéia central sendo, posteriormente, utilizadas para elaboração das questões do questionário.

#### **5.4.3.2 Elaboração dos questionários**

Com os dados obtidos nas entrevistas foi elaborado um questionário para alunos e, a partir deste, projetado outro para professores. Os dois modelos foram praticamente semelhantes quanto à forma e conteúdo, diferenciando-se nas questões que tratavam sobre o processo de ensino-aprendizagem e nos dados de identificação.

A primeira parte do questionário foi composta por questões abertas e fechadas, com uso principal de questões dicotômicas e de múltipla escolha, pois são mais fáceis de serem respondidas e têm grande probabilidade de retornarem preenchidas (REA; PARKER, 2000b). Embora as questões abertas dêem mais liberdade de resposta, foram utilizadas em número restrito, de acordo com as sugestões de Gil (1999a), para que não retornassem em branco.



Na segunda parte do questionário foram organizados os dados de identificação do respondente e da instituição ao qual está vinculado. Günther (2003) sugere que estes dados permaneçam no final, pois são perguntas “*burocráticas*” (p. 13) que tiram o interesse do respondente frente à temática do trabalho, quando introduzidas no início do questionário.

Foram formuladas trinta e uma questões para alunos e trinta e três para professores. As questões foram encaminhadas para apreciação de três juízes, os mesmos que analisaram o roteiro de entrevista, para que fizessem sugestões sobre o instrumento da pesquisa.

As sugestões apresentadas pelos juízes se referiram à ordem numérica das questões, concordância de gênero e número das palavras, justificativa das respostas negativas, possibilidade de especificar outras alternativas que não constavam nas questões, bem como a inclusão do padrão de salto para facilitar o deslocamento do respondente entre as perguntas independentes.

A maioria das sugestões foi acatada, exceto a inclusão das justificativas das respostas negativas, pois além de serem questões abertas, deixavam o questionário extenso e cansativo de ser respondido.

#### **5.4.3.3 Pré-teste dos questionários dos discentes e docentes**

Após reformulação dos questionários, foi estabelecido contato por telefone e e-mail com os coordenadores de duas faculdades privadas de Fonoaudiologia, não participantes da amostra final, e solicitada a participação de alunos do quarto ano e professores do curso na realização do pré-teste destes instrumentos.

Uma faculdade não aceitou participar desta etapa, alegando o envolvimento dos alunos em um evento científico que estava sendo realizado na universidade e compromisso dos professores nas avaliações e mudanças internas da instituição. A outra concordou em

participar, enviando oito endereços eletrônicos para contato, sendo quatro de alunos e quatro de professores que aceitaram colaborar com o estudo.

Para os alunos foram enviados a carta de apresentação, o questionário elaborado para discentes e a folha de apreciação das questões. Ao responder o questionário, eles tinham a liberdade de expor as dificuldades encontradas no preenchimento do instrumento, opinar sobre a clareza dos termos utilizados nas questões, bem como sugerir a retirada ou inclusão de novas perguntas.

Em princípio, os estudantes acusaram recebimento dos materiais enviados pelo endereço eletrônico e afirmaram poder contribuir com a pesquisa. No entanto, não estabeleceram mais contatos posteriormente, mesmo após várias tentativas da pesquisadora.

Procedimentos semelhantes aos dos alunos foi feito com os professores, enviando-se a eles os materiais elaborados para docentes. Dentre os quatro professores convidados a participar, somente um deles respondeu o questionário e apreciou as questões, sendo que os demais não estabeleceram qualquer tipo de contato.

Diante das dificuldades encontradas na realização do pré-teste com a população de alunos e professores dos cursos de Fonoaudiologia, procurou-se outras alternativas similares que pudessem concretizar esta etapa da pesquisa.

Desta forma, para realizar o pré-teste do questionário dos discentes, optou-se em convidar aleatoriamente cinco estudantes do terceiro ano, que cursavam o final do primeiro semestre de uma faculdade pública de Fonoaudiologia e cinco profissionais fonoaudiólogos com maior proximidade de contato.

Para complementar o pré-teste do questionário dos docentes, foram convidadas duas professoras fonoaudiólogas que atuam em diferentes cursos de formação superior. Tanto professores quanto alunos/fonoaudiólogos não se opuseram a colaborar com o estudo, mesmo diante de vários compromissos acadêmicos e profissionais apresentados na época.

As sugestões apresentadas no pré-teste do questionário dos docentes e discentes se referiram ao esclarecimento do termo “acidentes humanos” presente nas questões, redução do número de questões abertas, inserção das opções “experiência profissional” e “livros” para recebimento de informações sobre acidentes, “ingestão de bebidas alcoólicas e drogas” como facilitadores da ocorrência de acidentes e “terapeuta ocupacional” como profissional que poderia realizar atividades preventivas sobre o tema.

Todas as proposições foram analisadas e algumas delas acolhidas. O termo “acidentes humanos” foi substituído por “acidentes: causas externas de lesão humana”, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), sendo posicionado tanto nas questões do questionário como na carta de apresentação dos discentes e docentes. Houve redução do número de questões abertas, principalmente aquelas sugeridas no pré-teste, lembrando-se das informações de Rea e Parker (2000b) sobre a utilização destas questões somente nos momentos em que não podem ser substituídas por questões fechadas, pois “*provocam respostas repetitivas, difíceis de entender e às vezes incoerentes*” (p. 47). Ademais, as sugestões de alternativas oferecidas pelos professores foram introduzidas nas questões.

Com os reajustes finais, os questionários dos discentes ficaram compostos de 28 questões e dos docentes de 30, não ultrapassando o limite de 30 perguntas sugeridas por Gil (1999a) na elaboração de questionários.

#### **5.4.3.4 Aplicação dos questionários aos docentes**

Foram convidados a participar deste estudo todos os 79 docentes (58 das públicas e 21 das privadas) que lecionavam nos cursos de graduação em Fonoaudiologia das instituições participantes. Aceitaram participar 52 professores, sendo 37 (71,2%) das públicas e 15 (28,8%) das privadas.

Os nomes e endereços eletrônicos dos docentes foram obtidos no Departamento do curso ou no *site* da faculdade. Para Gunther (2003) o e-mail é uma forma econômica e de grande potencial para aplicar instrumentos de pesquisa quando, certamente, os participantes têm acesso a este recurso.

A cada professor foi encaminhada uma mensagem explicando a proposta da pesquisa e convidando-o a participar do estudo. Em anexo foi enviada a carta de apresentação do trabalho, o questionário elaborado para docentes e o termo de consentimento informado .

Solicitou-se aos professores que acusassem recebimento do e-mail e que indicassem um posicionamento, positivo ou negativo, frente ao convite de participação. Estipulou-se um prazo aproximado de trinta dias para encaminhamento do material respondido, excedendo conforme a disponibilidade de resposta dos participantes.

Foi realizado acesso periódico à caixa postal eletrônica, no mínimo duas vezes ao dia, para checar a presença de novas mensagens, dar *feedback* de recebimento e agradecimento aos que haviam respondido, assim como solucionar dúvidas que poderiam aparecer. Utilizou-se um diário para anotar o dia e horário do encaminhamento e recebimento dos e-mails.

Foram relatadas dificuldades para responder o instrumento, principalmente pela falta de tempo, problemas no computador, doenças pessoais ou familiares, além do acúmulo de tarefas acadêmicas, no entanto, dentre os convidados, 52 (66%) docentes responderam o instrumento de pesquisa. Obteve-se uma taxa de retorno maior do que aquelas encontradas na literatura em pesquisas que utilizaram questionários na coleta de dados.

Estudo semelhante foi realizado por Gomes (2002) com os docentes de duas faculdades de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo, procurando obter opiniões sobre a prática de ensino em relação ao conteúdo do “Aleitamento Materno”. A pesquisadora encontrou dificuldades para receber os questionários encaminhados pelo e-mail, optando aplicá-los pessoalmente. Como resultado, obteve 56% dos questionários respondidos.

No mesmo ano de 2002 foi realizado trabalho com todos os docentes dos cursos de Enfermagem do Estado de São Paulo com o objetivo de investigar o processo de ensino adotado nestas instituições. Os questionários foram encaminhados pelo correio, com envelopes selados para volta, tendo retorno de 27,5% (DELL'ACQUA; MIYADAHIRA, 2002).

Patrocínio e colaboradores (2002) também utilizaram este procedimento na coleta de dados, com contato pessoal, para obter as opiniões de profissionais médicos sobre as necessidades existentes em currículo de graduação em Medicina, conseguindo 23,5% de participação.

#### **5.4.3.5 Aplicação do questionário aos discentes**

Em três faculdades, próximas ao local de estudo da pesquisadora, a aplicação foi feita pessoalmente, aos finais de aula de dois professores, que cederam quinze minutos para aplicação grupal do questionário com os estudantes presentes. Para isto, utilizou-se carta de apresentação do trabalho, o questionário elaborado para discentes e o mesmo termo de consentimento informado elaborado para docentes.

Em uma das instituições a aplicação do questionário foi feita com um grupo de alunos pessoalmente, após atendimento terapêutico, não sendo possível aplicar com os demais, pela falta de mediação dos professores.

Nas outras faculdades foi solicitada a colaboração de dois professores do curso (sendo um auxiliado pela representante discente de sala de aula do quarto ano) que aceitaram aplicar o questionário. Para eles foram encaminhados os instrumentos impressos, via sedex, semelhante ao procedimento adotado por Dell'Acqua e Miyadahira (2002). Foi enviado também um envelope selado para volta, preenchido com o nome e endereço da pesquisadora,

pois segundo Rummel (1981) esta atitude facilita a devolução do material respondido. Os materiais foram retornados no prazo máximo de dez dias.

A aplicação de questionários por representantes discente em sala de aula também foi realizada por Vieira e colaboradores (2003) na coleta das opiniões de estudantes do curso de Medicina da Universidade de São Paulo sobre modificações ocorridas no currículo, tendo um retorno de 41,5%.

Dos 124 estudantes matriculados no quarto ano dos seis cursos de Fonoaudiologia (82 das públicas e 42 das privadas), 95 responderam o questionário, sendo 68 (71,6%) das públicas e 27 (28,4%) das privadas. O índice de participação dos discentes abordados pelos professores foi de 66,7%, enquanto o da pesquisadora foi de 80,2%.

#### **5.4.3.6 Análise dos questionários**

A análise das questões abertas dos questionários deu-se pela leitura “*flutuante*” (BARDIN, 1977b, p. 60) das respostas dos professores e alunos, além da categorização das palavras, conjuntos de palavras e expressões que se aproximavam semanticamente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000).

Para realizar o teste de fidedignidade foi elaborado um caderno de 26 páginas contendo as categorias criadas e os recortes dos relatos que as originaram. Na frente de cada relato foram colocadas lacunas para serem preenchidas (com um “X”) por juízes, conforme a concordância (C) ou discordância (D) da classificação realizada pela pesquisadora.

Este material foi encaminhado para três juízes fonoaudiólogos, convidados previamente, para julgarem a proposta de categorização que se realizou. Na primeira página havia uma carta de apresentação, conforme procedimento realizado por Gomes (2002), que oferecia informações sobre o trabalho que deveria ser realizado, citado anteriormente, bem

como a liberdade para formular sugestões e/ou comentários. Com a devolução dos materiais, calculou-se o índice de concordância dos juízes com a classificação realizada previamente pela pesquisadora:

$$\text{Índice de Concordância} = \frac{\text{Número de acordos}}{\text{Número de acordos} + \text{Número de desacordos}} \times 100$$

Para Fagundes (1999) a categorização realizada é aceitável quando o índice de concordância é igual ou acima de 70%. Obteve-se, neste estudo, resultados correspondentes a 92,3%; 95,9% e 97,2%. Desta forma, as categorias iniciais foram mantidas, não sendo necessário reencaminhá-las para apreciação dos juízes, fazendo-se apenas alguns reajustes sugeridos por eles.

Com o enquadramento dos relatos em categorias, foi possível contabilizar as respostas apresentadas, semelhante ao processo realizado com as questões fechadas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000).

As respostas das questões fechadas dos docentes e discentes foram somadas separadamente para cada classe de participante e subdividas de acordo com cada faculdade. Calculando-se a porcentagem de aparição das respostas, percebeu-se que não houve diferença significativa entre as faculdades públicas e privadas para as duas classes de participantes. Desta forma, optou-se por fazer uma análise comparativa dos dados dos docentes e discentes.

Assim, as informações das questões fechadas foram analisadas estatisticamente, com utilização das frequências absolutas e porcentagens, calculadas em relação ao número total de participantes dos dois segmentos. Utilizou-se o teste Qui-quadrado, com auxílio do software InStat (1997), para medir o grau de significância da associação entre variáveis (BARBETTA, 1999).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados obtidos com as matrizes curriculares, programas e ementas das disciplinas e estágios, além dos questionários aplicados com os docentes e discentes.

### 6.1 Documentos

#### 6.1.1 Matrizes curriculares

Serão apresentados nas Tabelas 1 a 3 os resultados obtidos com as matrizes curriculares dos cursos de Fonoaudiologia das instituições participantes.

Na Tabela 1 consta a distribuição da carga horária, compreendendo disciplinas teóricas e estágios, de acordo com cada faculdade e cada ano de formação dos cursos de Fonoaudiologia estudados.

**Tabela 1:** Distribuição da carga horária anual dos cursos.

Faculdades	Carga horária anual				
	1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	Total
A	855	931	893	931	3610
B	680	680	680	680	2720
C	1095	1050	840	855	3840
D	945	990	975	960	3870
E	285	705	840	510	2340
F	840	1050	1080	1050	4020

Observa-se na Tabela 1 que a carga horária anual dos cursos sofre variações nos quatro anos, exceto na faculdade B em que a mesma se mantém constante no período da graduação. Somando-se a carga horária dos dois primeiros anos e dos dois últimos dos cursos



verifica-se que elas são semelhantes. De forma geral, a maior carga horária é concentrada no terceiro e a menor no primeiro ano do curso, exceto para a faculdade B.

Ressalta-se que na faculdade E foi considerada somente a carga horária das disciplinas obrigatórias, visto que é a única instituição, dentre as demais, que apresenta disciplinas optativas. Estas disciplinas complementares são compostas por 1320 horas/aula, subdivididas em teoria e estágios, dando a possibilidade do estudante escolher aquela que lhe interessa, dentro do semestre estabelecido pela instituição. Como elas são oferecidas em diferentes anos e semestres e a seleção é feita pelos graduandos, não foi possível inseri-las na classificação da Tabela 1. As demais faculdades apresentaram somente disciplinas obrigatórias na matriz curricular, sendo que todas deveriam ser concluídas até o final do curso.

Na Tabela 2 pode ser vista a distribuição da carga horária teórica, o momento em que ela é predominante, assim como a porcentagem em relação ao total de horas do curso.

**Tabela 2:** Distribuição da carga horária teórica anual e porcentagem em relação ao total de horas dos cursos.

Faculdades	Carga horária teórica					
	1º Ano	2º Ano	3ºAno	4º Ano	Total	% do total do curso
A	855	931	555	247	2588	71,7
B	680	680	680	102	2142	78,8
C	1095	1050	480	345	2970	77,3
D	945	990	375	270	2580	66,7
E	285	705	390	-	1380	59,0
F	840	1050	1020	90	3000	74,6

Analisando os dados da Tabela 2, constata-se que, em média, 71,9% da carga horária dos cursos de Fonoaudiologia estudados é teórica, sendo concentrada nos dois primeiros anos da graduação, enquanto os estágios são realizados no final da formação, conforme pode ser visualizado na Tabela 3.

**Tabela 3:** Distribuição da carga horária de estágio anual e porcentagem em relação ao total de horas dos cursos.

Faculdades	Carga horária de estágio					
	1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	Total	% do total do curso
A	--	--	285	684	969	26,8%
B	--	--	--	578	578	21,2%
C	--	--	360	510	870	22,6%
D	--	--	600	690	1290	33,3%
E	--	--	450	510	960	41,0%
F	--	--	60	960	1020	25,3%

Analisando os dados da Tabela 3 verifica-se que, de forma geral, 27,9% da carga horária das faculdades é destinada aos estágios curriculares.

Os percentuais de carga horária de estágio, se comparados com as Diretrizes Curriculares, indicam que cada faculdade estudada cumpre o mínimo de 20% estabelecido. Os dados da Tabela 3, se comparados com aqueles que constam na Tabela 2, indicam que a carga horária teórica dos cursos vai diminuindo no decorrer dos anos, à medida que vão aumentando as que são referentes aos estágios profissionalizantes, o que mostra distanciamento entre a teoria e a prática, conforme apontado por Cavalheiro (1996), Mirashi (2000) e Almeida, Feuerwerker e Llanos (2000).

Este distanciamento teórico-prático associado à sobrecarga de atividades e estágios nos últimos anos, segundo Lacerda (1993), Giacomini (2000) e Mirashi (2000), pode dificultar a retomada dos conteúdos obtidos inicialmente, assim como a articulação com os atendimentos realizados, podendo gerar ansiedade e insegurança no contato com o paciente.

Seria interessante se os graduandos pudessem “mesclar” as atividades, tendo conhecimento teórico e desenvolvendo a prática ao mesmo tempo ou em momentos próximos. Uma alternativa seria o planejamento de estratégias, pelos docentes, que facilitassem o contato prévio dos alunos com a comunidade, antes de iniciar a atividade clínica. Tem-se,

como exemplo, a estratégia de ensino “Prática de vivência” adotada por Gimenez-Paschoal (2000, 2004) que ofereceu a oportunidade de estudantes de Fonoaudiologia visitarem residências e escolas de crianças da comunidade, observarem o desenvolvimento infantil, aplicarem atividades psicomotoras e correlacionarem aquilo que foi observado com o conteúdo aprendido na faculdade.

Outra forma de articular as atividades teóricas e práticas na formação é desenvolver projetos educativos para a população, em parceria com os serviços de saúde, como aqueles realizados por Amorin e colaboradores (2004) e Santo e colaboradores (2004) na Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo e com os cursos da área da saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Além de ser uma possibilidade de articular os conhecimentos, competências acadêmicas e recursos humanos institucionais a favor da sociedade, como apontado por Dal Ri (2001), pode também contribuir para o desenvolvimento de habilidades comunicativas e capacidade de trabalhar em grupo, conforme relatado por Toralles-Pereira e Ribeiro (2002).

### **6.1.2 Programas das disciplinas e estágios**

A seguir, nas Tabelas 4 a 6, são apresentados os resultados obtidos com a análise dos programas das disciplinas e dos estágios de quatro faculdades, dentre seis participantes, sendo que a Faculdade A e a Faculdade D não disponibilizaram estes documentos e, portanto, não foram registradas nas tabelas mencionadas.

Na Tabela 4 constam dados referentes ao método de ensino adotado pelos docentes nas disciplinas e estágios ministradas nos cursos.

**Tabela 4:** Distribuição das frequências absolutas e relativas do método de ensino utilizado pelos docentes nas disciplinas e estágios, conforme documentos dos cursos.

Método de ensino	Faculdades					
	B N= 21	C N=82	E N= 67	F N= 64	Total N= 234	%
Aula teórica	21	47	32	53	153	65,4
Seminário	06	18	64	13	101	43,2
Aula prática	08	13	54	16	91	38,9
Estudo de textos e artigos	10	15	32	24	81	34,6
Estudo de casos clínicos	--	10	32	26	68	29,0
Trabalho	01	06	53	--	60	25,6
Supervisão	02	10	37	08	57	24,3
Pesquisa	01	04	32	03	40	17,1
Dinâmica em grupo	01	02	--	13	16	6,8
Apresentação e discussão de vídeos	02	05	--	08	15	6,4
Atendimento	--	13	--	01	14	6,0
Aula teórica-prática	--	02	--	09	11	4,7
Debate	02	07	--	02	11	4,7
Observação de atendimentos	--	02	--	08	10	4,3
Palestra	--	08	--	--	08	3,4
Elaboração de relatórios	--	05	--	--	05	2,1
Estudo dirigido	--	03	--	02	05	2,1
Visitas institucionais	01	01	--	01	03	1,3
Exercícios em sala de aula	--	02	--	--	02	0,8
Análise de situações reais	--	--	--	01	01	0,4
Elaboração de materiais didáticos	--	01	--	--	01	0,4
Orientação a familiares	--	01	--	--	01	0,4
Resenha	--	01	--	--	01	0,4
Simulação	--	01	--	--	01	0,4

Como pode ser visto na Tabela 4 a maioria dos programas das disciplinas e estágio apresentou aulas como a principal atividade de ensino. Dentre os 234 documentos analisados, 153 (65,4%) incluíram aulas teóricas, 91 (38,9%) aulas práticas e 11 (4,7%) teórico-práticas. As demais atividades propostas referiram-se à realização de seminários, estudo de textos, debates e discussões em sala de aula. Foram verificados também atendimentos terapêuticos, observações da terapia e participação na supervisão. As visitas institucionais e orientações familiares permanecem no final da tabela, sendo apontadas somente em quatro programas.

Observa-se ainda na Tabela 4 que em algumas faculdades são ausentes métodos de ensino que podem ser utilizados na formação do fonoaudiólogo como, por exemplo,

atendimento terapêutico, observação de atendimento, elaboração de relatórios e orientação familiar, principalmente na Faculdade B e Faculdade E.

A Tabela 5 mostra os recursos utilizados pelos docentes, segundo as informações registradas nos programas das disciplinas e estágios.

**Tabela 5:** Distribuição das frequências absolutas e relativas dos recursos utilizados pelos docentes nas disciplinas e estágios, conforme documentos dos cursos.

Recursos utilizados	Faculdades					
	B N= 21	C N=82	E N=67	F N=64	Total N= 234	%
Vídeo	05	35	--	19	59	25,2
Retroprojeter	12	24	--	--	36	15,4
Recursos audiovisuais (não especificados)	03	27	--	04	34	14,5
Projeter de slides	05	24	--	01	30	12,8
Diapositivos	07	--	--	06	13	5,5
Televisão	--	12	--	--	12	5,1
Peças anatômicas	09	--	--	02	11	4,7
Microscópio	--	01	--	04	05	2,1
Apostila	--	04	--	--	04	1,7
Materiais didáticos	--	04	--	--	04	1,7
Quadro negro	--	03	--	--	03	1,3
Recursos computacionais	01	01	--	--	02	0,8
Audiômetro	--	01	--	--	01	0,4
Caderno de estudo	--	01	--	--	01	0,4
Calculadora científica	01	--	--	--	01	0,4
Impedanciômetro	--	01	--	--	01	0,4
Mapas conceituais	--	--	--	01	01	0,4
Multimídia	--	01	--	--	01	0,4
Questionários	--	01	--	--	01	0,4
Revistas científicas	--	01	--	--	01	0,4
Roteiro com questões de estudo	--	--	--	01	01	0,4

Os recursos audiovisuais (retroprojeter, projetor de slides, vídeo, televisão e multimídia) são os mais utilizados pelos docentes, possivelmente por serem mais acessíveis nas instituições formadoras. Em seguida aparecem os instrumentos laboratoriais (microscópio e peças anatômicas) e equipamentos clínicos (audiômetro e imitanciômetro).

Ressalta-se que os documentos disponibilizados pelas instituições foram analisados integralmente e revisados em vários momentos e, no entanto, não foi encontrada nenhuma

informação sobre recurso de ensino na Faculdade E, assim como nas opções “retroprojeter”, “quadro negro”, “audiômetro”, “impedanciômetro” e “revistas científicas” na Faculdade B e Faculdade F. As demais faculdades apresentaram registros de materiais nos programas das disciplinas e estágios, no entanto, a linguagem utilizada para descrevê-los era freqüentemente divergente entre os relatos dos docentes e sem padronização.

Sugere-se, desta forma, a revisão e adequação dos documentos dos cursos, bem como a preparação do corpo docente para maior cuidado pedagógico na elaboração dos documentos curriculares, pois acredita-se que os professores não foram capacitados, durante atividades de graduação e pós-graduação, para o preenchimento destas documentações. É importante, ainda, a realização de novas pesquisas, por meio de outras fontes de busca, que identifiquem a realidade de ensino das instituições, já que os documentos podem não estar revelando aquilo que é proposto e utilizado na prática de ensino-aprendizagem.

Na Tabela 6 estão distribuídos os sistemas e instrumentos de avaliação registrados nos programas das disciplinas e estágios.

Segundo Rosseto e colaboradores (2005) existem três maneiras básicas de avaliar as habilidades e conhecimentos adquiridos pelos graduandos durante a formação. Uma delas é a avaliação cognitiva representada pelas provas, trabalhos e relatórios. A outra é a avaliação sócio-afetiva referente ao desempenho ético moral, responsabilidade e interesse do aluno. A última forma é direcionada ao desenvolvimento de habilidades psicomotoras que envolvem atendimento terapêutico e dinâmica em grupo.

Conforme aponta a Tabela 6, a seguir, os instrumentos de avaliação mais citados nos programas das disciplinas foram os cognitivos, representados pelas provas (teóricas, práticas, orais, parciais e regimentais), trabalhos e seminários. Dentre os 234 programas analisados, somente 45 citaram “desempenho ético-moral” (Faculdade C e E), 10 “responsabilidade” (Faculdade F), seis “interesse” (Faculdade F) e três “pontualidade” (Faculdade C) como

requisitos de avaliação sócio-afetiva do graduando, sendo que estas habilidades deveriam ser desenvolvidas em todas as atividades realizadas pelos futuros profissionais e, assim, precisariam ser mais freqüentes no planejamento de avaliação dos docentes.

**Tabela 6:** Distribuição das freqüências absolutas e relativas dos sistemas e instrumentos de avaliação utilizados pelos docentes nas disciplinas e estágios, conforme documentos dos cursos.

Sistemas e instrumentos de avaliação	Faculdades					
	B N= 21	C N= 82	E N= 67	F N= 64	Total N= 234	%
Prova teórica	07	58	--	36	101	43,2
Prova/Avaliação (sem especificação)	04	--	67	10	81	34,6
Trabalho	06	12	32	10	60	25,6
Seminário	08	40	--	11	59	23,9
Prova prática	04	14	35	03	56	19,2
Desempenho ético-moral	--	10	35	--	45	14,5
Relatório	--	24	--	10	34	14,1
Participação em sala de aula	03	13	--	17	33	9,8
Estudo e discussão de casos clínicos	--	21	--	02	23	8,1
Atuação terapêutica	--	09	--	10	19	7,3
Desempenho teórico-prático	--	05	--	12	17	6,4
Responsabilidade	--	--	--	10	10	6,4
Freqüência na aula	--	14	--	01	15	6,0
Prova regimental	14	--	--	--	14	4,7
Auto- avaliação	--	10	--	01	11	4,3
Prova parcial	07	--	--	03	10	4,3
Dinâmicas em grupo	--	--	--	05	05	2,6
Pesquisa	03	10	--	02	15	2,1
Interesse	--	--	--	06	06	1,3
Pontualidade	--	03	--	--	03	1,3
Prova oral	--	03	--	---	03	1,3
Debate	02	---	--	--	02	0,8
Desempenho nas atividades práticas	--	--	--	02	02	0,8
Interpretação de texto	--	--	--	02	02	0,8
Prova com consulta	--	--	--	02	02	0,8
Resenha	--	01	--	01	02	0,8
Análise de vídeo	--	--	--	01	01	0,4
Elaboração de materiais educativos	--	01	--	--	01	0,4
Gincana	--	01	--	--	01	0,4
Leitura	--	--	--	01	01	0,4
Monografia	--	--	---	01	01	0,4
Participação em supervisão	--	01	--	--	01	0,4
Realização de exercícios de casa	--	--	--	01	01	0,4

### 6.1.3 Ementas das disciplinas e estágios

As próximas informações que estão dispostas no Quadro 2 ao 4 foram obtidas das ementas das disciplinas e estágios dos cursos, lembrando que todas as faculdades participantes disponibilizaram este documento

No Quadro 2 são apresentadas as informações que se referem às disciplinas curriculares e trechos das ementas que contemplam aspectos estruturais e funcionais da cabeça e pescoço.

As principais disciplinas que abordam conteúdos estruturais e funcionais da cabeça e pescoço são Anatomia, Fisiologia, Neurologia, Ortodontia, Odontologia, Motricidade Oral e Bases Morfofuncionais da Fonoaudiologia. De forma geral, as ementas tratam sobre a topografia e funcionalidade dos ossos, músculos, vasos sanguíneos e pares de nervos cranianos, além do sistema nervoso central, respiratório, auditivo e estomatognático.

A abordagem de cada conteúdo durante as disciplinas de cursos de Fonoaudiologia pode representar uma oportunidade especial para o docente, caso não o faça, de apontar as conseqüências de uma fratura, esmagamento, perfuração ou queimadura nos tecidos moles e duros e correlacioná-las com as alterações funcionais que podem delas decorrer, bem como explicitar a importância da atuação fonoaudiológica no sentido de evitar os danos às estruturas e, conseqüentemente, os distúrbios comunicativos delas derivados.



**Quadro 2:** Distribuição das disciplinas das matrizes curriculares e respectivos trechos das ementas que contemplam aspectos estruturais e funcionais da cabeça e pescoço.

FACULDADE	DISCIPLINA DA MATRIZ CURRICULAR	EMENTA DA DISCIPLINA
A	-Anatomofisiologia dos órgãos fonoarticulatórios e da audição	-Anatomia do sistema estomatognático; topografia dos ossos e músculos da cabeça; anatomia funcional do sistema vascular da cabeça.
	-Neuroanatomofisiologia	-Anatomo-fisiologia do sistema nervoso central e periférico humano
	-Funções estomatognáticas e desordens	-Fisio-morfologia do sistema estomatognático
	-Terapia miofuncional	-Morfologia craniofacial e funções estomatognáticas
B	-Anatomofisiologia dos órgãos da fala	-Estrutura dos órgãos do sistema respiratório e músculos da face
	-Anatomofisiologia dos órgãos da audição	-Estrutura e funcionamento do órgão vestibulo-coclear; orelhas externa, média, interna
	-Neuroanatomia e neurofisiologia aplicada à Fonoaudiologia	-Estrutura e funcionamento dos órgãos do sistema nervoso central e periférico; estudo do crânio e nervos cranianos.
	-Sistema estomatognático e fala	-Mastigação, respiração, deglutição, sucção.
C	-Bases morfofuncionais da Fonoaudiologia II	-Anatomo-fisiologia dos sistemas auditivo e vestibular
	-Bases morfofuncionais da Fonoaudiologia III	-Anatomia específica de cabeça e pescoço
	-Bases morfofuncionais da Fonoaudiologia IV	-Cabeça óssea; anatomia do osso temporal; irrigação sanguínea para o mecanismo da fala e da audição
	-Ortodontia	- Anatomia funcional das estruturas maxilofaciais
D	-Anatomia	-Anatomia da face, do nariz, da boca, do pescoço, da faringe, da laringe, do órgão vestibulo-coclear
	-Motricidade oral I	-Sistema estomatognático
	-Fundamentos de Odontologia	-Anatomia dentária; desenvolvimento craniofacial
	-Fisiologia II	-Fisiologia do trigêmeo, facial, glossofaríngeo e hipoglosso; fisiologia da mastigação, da deglutição, fonação, audição e linguagem
E	-Desenvolvimento e alterações do sistema estomatognático	-Estruturas do sistema estomatognático
F	-Anatomia e fisiologia dos órgãos da audição e da fala	-Anatomia do ouvido e fisiologia do órgão vestibulo-coclear e da laringe
	-Neurofisiologia	-Aspectos morfofuncionais do sistema nervoso; neurofisiologia da audição e deglutição
	-Neuroanatomia	-Organização morfofuncional do sistema nervoso central; nervos cranianos
	-Fonoaudiologia aplicada I	-Sistema estomatognático e funções orais; aspecto craniofacial

O Quadro 3 permite verificar disciplinas e estágios curriculares que contemplam patologias que podem ser causadas pelos acidentes e, ainda, referências sobre atuação curativa.

**Quadro 3:** Distribuição das disciplinas e estágios das matrizes curriculares e respectivos trechos das ementas que contemplam patologias que podem ser decorrentes de acidentes, assim como mecanismos de reabilitação.

FACULDADE	DISCIPLINA E ESTÁGIO DA MATRIZ CURRICULAR	EMENTA DA DISCIPLINA E ESTÁGIO
A	-Neuropatologia	-Patologias do sistema nervoso central e periférico com comprometimento da comunicação
	-Fisiopatologia da audição e da fala	-Perda auditiva induzida por ruído (PAIR)
	-Audiologia I	- PAIR
	-Distúrbios da comunicação de origem neurológica	-Patologias da fala e linguagem adquiridas
	-Estágio em Fonoaudiologia hospitalar	-Atuação fonoaudiológica em indivíduos que sofreram injúrias cerebrais ou crânio-faciais
	-Distúrbios da comunicação de origem neurológica II	-Fatores causais dos distúrbios neurológicos
	-Funções estomatognáticas e desordens	-Disfagias orofaríngeas; causas e conseqüências das desordens mastigatórias e têmporo-mandibulares
	-Distúrbio da voz I	-Distúrbios vocais relacionados ao envolvimento do sistema nervoso central; alterações orgânicas
B	-Ortodontia aplicada à Fonoaudiologia	-Etiologia das más-oclusões
	-Psicologia do desenvolvimento	-Normalidade e excepcionalidade
C	-Audiologia I	-Patologias auditivas
	-Audiologia III	-PAIR; trauma acústico
	-Fonoaudiologia aplicada à área de cabeça e pescoço	-Atuação fonoaudiológica pré e pós cirúrgicas de cabeça e pescoço
	-Terapia fonoaudiológica V (paralisia cerebral)	-Teoria da paralisia cerebral e reabilitação
	-Teorias e técnicas fonoaudiológicas VI (Distúrbio de linguagem em adultos)	-Distúrbios da comunicação do adulto provenientes de alterações do sistema nervoso; afasias; apraxias; disartria; disfagias; comunicação alternativa
	-Psicologia IV	-Diferentes tipos de excepcionalidade; fatores ambientais que os causam; fatores emocionais e sociais do quadro de excepcionalidade
	-Patologia fonoaudiológica III	-Patologias de orelha externa, média e interna
	-Patologia fonoaudiológica I	-Disfagias orofaríngeas; paralisia facial
	-Ortodontia	-Etiologia da má oclusão
	-Fonoaudiologia aplicada à paralisia cerebral	-Conceito, classificação da paralisia cerebral; distúrbios da comunicação, aspectos psicossociais
D	-Fundamentos em Odontologia	-Etiologia das más oclusões; traumas de face
	-Otorrinolaringologia	-Patologias da orelha externa, interna, neural e central.
	-Semiologia e neurologia	-Encefalopatias infantis; acidente vascular cerebral; traumatismos cranioencefálicos
	-Teoria e diagnóstico audiológico IV	-Ruído; trauma acústico; PAIR; agentes químicos e físicos; ruído urbano; ruído de lazer
	-Linguagem em adulto	-Fatores etiológicos das alterações de linguagem em adultos; alterações de linguagem do lesionado cerebral; distúrbios de linguagem associado ao traumatismo cranioencefálico
	-Fonoaudiologia aplicada à cabeça e pescoço	-Aspectos psicossociais dos pacientes com lesão de cabeça e pescoço

**Quadro 3 (continuação):** Distribuição das disciplinas e estágios das matrizes curriculares e respectivos trechos das ementas que contemplam patologias que podem ser decorrentes de acidentes, assim como mecanismos de reabilitação.

E	-Desenvolvimento e alterações das estruturas e funções estomatognáticas	-Alterações na ATM e no sistema estomatognático
	-Fonoaudiologia em instituições	-Fonoaudiologia em escolas especiais e instituições especializadas para deficientes
	-Neuropatologias adquiridas da comunicação II: atuação fonoaudiológica	-Neuropatologias da comunicação; afasias; disartrias; disfagias; traumatismos cranioencefálicos
	-Patologias audiológicas	-Colabamento do conduto auditivo externo; descontinuidade da cadeia ossicular; alterações no nervo facial; PAIR
	-Estágio supervisionado em atenção primária em Fonoaudiologia II	-Exposição a ruído e acidentes em adolescentes
	-Estágio supervisionado em neurolinguística aplicada à Fonoaudiologia I	-Afasias, traumatismos cranioencefálicos, disartrias, apraxias de fala
	-Estágio supervisionado em atenção primária em audiológica II	-Exposição a ruído e acidentes em adolescentes
	-Estágio supervisionado em neurolinguística aplicada à Fonoaudiologia II	-Afasias, traumatismos cranioencefálicos, disartrias, apraxias de fala
F	-Psicologia do excepcional	-Características dos indivíduos portadores de excepcionalidade
	-Relações humanas	-Influência da deficiência nas relações interpessoais
	-Terapia de linguagem I	-Acidente vascular cerebral; trauma cranioencefálico; afasias, apraxias
	-Terapia de linguagem II	-Paralisia cerebral; disartria; afasia
	-Ortodontia	-Etiologia das más oclusões
	-Otorrinolaringologia aplicada à Fonoaudiologia	-Corpos estranhos; traumatismos
	-Patologia dos órgãos da audição e da fala	-Corpos estranhos; traumatismos
	-Terapia da linguagem I	-Distúrbios neurológicos no adulto
	-Terapia da linguagem II	-Distúrbios neurológicos em crianças
	-Estágio supervisionado de terapia fonoaudiológica	-Distúrbios neurológicos; terapêutica com lesados encefálicos
	-Fonoaudiologia aplicada II: deficiência mental	-Causas primárias e secundárias
	-Programas de treinamento em reabilitação	-Paralisia cerebral; acidente vascular cerebral; disartrias; disfagia orofaríngea; apraxia de fala adquirida; atuação fonoaudiológica com lesados cerebrais

Observa-se no Quadro 3 que as disciplinas e estágios curriculares apresentaram, em suas ementas, diversos conteúdos que tratam sobre as patologias que podem ser decorrentes de acidentes, assim como estratégias de reabilitação.

As disciplinas de Neurologia das Faculdades A, D e E indicaram traumatismo crânio-encefálico e patologias do sistema nervoso central que comprometem a comunicação humana. O estágio em Fonoaudiologia hospitalar, da Faculdade A, apontou atuação fonoaudiológica em indivíduos que sofreram injúrias cerebrais ou crânio-faciais. A disciplina de Linguagem presente nas Faculdades C, D, E e F mostrou fatores etiológicos das alterações da linguagem, associados ou não ao traumatismo crânio-encefálico. A Audiologia, nas Faculdades A, C e E, abordou perda auditiva induzida por ruído (PAIR). As disciplinas de Psicologia do Excepcional, nas Faculdades C e F, e Relações Humanas, na Faculdade F, se direcionaram para a adaptação familiar e social das pessoas. Nestas disciplinas e estágios o aluno tem a oportunidade de conhecer as conseqüências dos acidentes para a comunicação humana e as seqüelas adjacentes destas causas, o que poderia incentivá-lo a valorizar a importância de se atuar preventivamente com os acidentes.

O Quadro 4 permite visualizar as disciplinas e estágios dos cursos estudados que abordam conteúdos e/ou atividades que se voltam para a atenção primária à saúde.

As faculdades B e D se destacaram entre as demais, conforme pode ser visto no Quadro 4. A primeira não apresentou nas ementas disciplina ou estágio que contemplasse a prevenção ou promoção à saúde, diferentemente da segunda, que propôs aspectos de biossegurança em todos os estágios e algumas disciplinas teóricas, abordando conteúdos sobre segurança voltados para a atuação profissional.

Algumas disciplinas e estágios contemplaram conteúdos relativos à atenção em saúde em suas ementas, sendo que elas poderiam favorecer a inclusão do tema dos acidentes, bem como incentivar a realização de atividades preventivas em relação aos mesmos.

**Quadro 4:** Distribuição das disciplinas das matrizes curriculares e respectivos trechos das ementas que contemplam atividades de atenção primária à saúde.

FACULDADE	DISCIPLINA E ESTÁGIO DA MATRIZ CURRICULAR	EMENTA DA DISCIPLINA E ESTÁGIO
A	-Interfaces da Fonoaudiologia	-Discussão de medidas preventivas
	-Audiologia I	-Conservação auditiva do trabalhador
	-Fonoaudiologia preventiva	-Formação do fonoaudiólogo em prevenção; ações preventivas em creches, unidades básicas de saúde, hospitais e maternidades
	-Estágio em Fonoaudiologia preventiva e escola I	-Programas de prevenção dos problemas da comunicação junto à comunidade
	- Estágio em fonoterapia preventiva escolar II	-Trabalho preventivo fonoaudiológico em instituições; orientação sobre ruídos ambientais
B	-	-
C	-Audiologia II	-Prevenção da deficiência auditiva
	-Audiologia III	-Programas de conservação auditiva
	-Fonoaudiologia preventiva	-Atuação em creches, berçários, núcleos de saúde, hospitais e escolas através da promoção da saúde individual e coletiva e prevenção de doenças
	-Psicologia IV	-Aplicação dos princípios básicos de modificação de comportamento
	-Teorias e técnicas da psicomotricidade	-Técnicas de educação psicomotora; educação corporal
	-Programas de cidadania	-Ação comunitária; extensão universitária; interdisciplinaridade e multidisciplinaridade
D	-Motricidade oral I	-Aspectos preventivos em motricidade oral
	-Linguagem escrita	-Normas de biossegurança
	-Linguagem infantil II	-Normas de biossegurança
	-Linguagem em adulto	-Normas de biossegurança
	-Estágio supervisionado em Clínica de dispositivos eletrônicos aplicado à surdez	-Normas de biossegurança
	-Estágio supervisionado em Audiologia educacional e re(habilitação) auditiva	-Aspectos de biossegurança
	-Audiologia educacional e re(habilitação) auditiva III	-Aspectos de biossegurança
	-Estágio supervisionado em Clínica integrada em audiologia	-Normas de biossegurança
	-Estágio supervisionado em Clínica de linguagem infantil	-Normas de biossegurança
	-Estágio supervisionado em Fonoaudiologia preventiva II	-Atuação fonoaudiológica preventiva em creches, escolas, clínica de bebê, postos de saúde; normas de biossegurança
	-Estágio supervisionado de Linguagem em adulto	-Normas de biossegurança
	-Estágio supervisionado em Clínica integrada em linguagem	-Normas de biossegurança
	-Estágio supervisionado em Linguagem escrita	-Normas de biossegurança
-Estágio supervisionado em Diagnóstico fonoaudiológico	-Normas de biossegurança	

**Quadro 4 (continuação):** Distribuição das disciplinas das matrizes curriculares e respectivos trechos das ementas que contemplam atividades de atenção primária à saúde.

E	-Estágio supervisionado em atenção primária em Fonoaudiologia- Programa creche II	-Proteção específica; prevenção dos distúrbios da comunicação junto à população da creche
	-Fonoaudiologia preventiva	-Modelos teóricos de prevenção; melhoria na qualidade ambiental e pessoal
	-Investigação fonoaudiológica em audiologia: atenção primária	-Atenção primária em Fonoaudiologia; etapas de prevenção
	-Procedimentos avançados em Fonoaudiologia	-Prevenção dos problemas de audição
	-Estágio supervisionado em atenção primária em Fonoaudiologia- Programa creche I	-Prevenção dos distúrbios da comunicação junto à população da creche
	-Estágio supervisionado em ambulatório de atenção primária em Fonoaudiologia I	-Fonoaudiologia em unidade básica de saúde no nível primário de atenção
	-Estágio supervisionado em atenção primária em audiologia II	-Fonoaudiologia em unidade básica de saúde no nível primário de atenção
	-Fundamentos de Fonoaudiologia	- Níveis de atenção à saúde
F	-Psicomotricidade	-Desenvolvimento psicomotor
	-Análise experimental do comportamento aplicada à Fonoaudiologia	-Programação de repertórios comportamentais; programas de ensino/intervenção específicos
	-Psicologia da aprendizagem	-Relações entre comportamento e ambiente; comportamentos e suas conseqüências
	-Psicomotricidade aplicada	-Educação e reeducação psicomotora
	-Estágio supervisionado de Fonoaudiologia educacional	-Ações preventivas primárias e secundárias em instituições educacionais e de saúde pública
	-Fonoaudiologia escolar	-Atuação fonoaudiológica em instituições educacionais e de saúde pública; promoção da saúde e prevenção em Fonoaudiologia

As disciplinas de Fonoaudiologia Preventiva, Educacional e Escolar facilitam a realização de medidas preventivas de doenças e promotoras de saúde, individual e coletiva, em instituições educacionais e de saúde, coincidindo com as informações por Cavalheiro (1996) quando analisou a estrutura curricular dos cursos de graduação em Fonoaudiologia do país. Desta forma, poderiam inserir em seus planos de ensino os conteúdos relativos à prevenção de acidentes, os quais poderiam ser aplicados em instituições comunitárias de saúde e educação para toda a população.

A disciplina de Audiologia também poderia auxiliar no desenvolvimento de programas de conservação da saúde auditiva do trabalhador e estratégias que evitassem a deficiência auditiva decorrente de causas externas representadas pelo ruído A Psicologia contribuiria no

planejamento de atividades voltadas à educação corporal, assim como na promoção de comportamentos seguros e modificação daqueles que trazem riscos para ocorrência de acidentes.

## 6.2 Questionários

A seguir serão apresentados os resultados referentes às opiniões dos docentes e discentes sobre o tema dos acidentes, obtidos com a aplicação dos questionários, lembrando que os respondentes poderiam escolher várias opções nas questões de múltipla escolha. O teste estatístico Qui-quadrado foi realizado em todas as opções de respostas, mas registrou-se somente aquelas que foram significantes.

Quando questionados sobre o recebimento de informações sobre acidentes, 39 (75%) dos docentes e 85 (89,5%) dos discentes afirmaram ter recebido algum tipo de informação referente ao tema, havendo diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos participantes ( $\chi^2 = 4,294$  e  $p < 0,0383$ ). Foi questionado, ainda, sobre o tipo de informação que haviam recebido, o meio condutor do informe e o local de recebimento. As respostas podem ser observadas nas tabelas 7 a 9.

A Tabela 7 indica as respostas dos docentes e discentes emitidas em relação à questão “Qual (is) informação (ões) você recebeu?”.

**Tabela 7:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o tipo de informação recebida sobre acidente (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Tipo de informação recebida	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Primeiros socorros*	27	51,9	74	77,8	101	68,7
Prevenção	36	69,2	60	63,1	96	65,3
Epidemiologia	23	44,2	28	29,4	51	34,7
Reabilitação	21	40,3	29	30,5	50	34,0
Fatores de risco	1	1,9	-	-	1	0,7
Políticas públicas	1	1,9	-	-	1	0,7

\* (  $p < 0,0022$ ;  $\chi^2 = 9,370$ ; g.l =1)

As principais informações recebidas pelos docentes, dispostas na Tabela 7, estiveram relacionadas à prevenção de acidentes (n= 36 ou 69,2%) e primeiros socorros (n= 27 ou 51,9%). Quanto aos graduandos, eles receberam com maior frequência comunicações sobre os primeiros socorros (n= 74 ou 77,8%) e, em segundo lugar, sobre atividades preventivas das injúrias (n= 60 ou 63,1%). Estatisticamente foi encontrada diferença significativa em “Primeiros socorros” ( $\chi^2 = 9,370$  e  $p < 0,0022$ ), sugerindo a necessidade de se investigar o porquê desta diferença e da predominância entre os estudantes.

Em relação às informações sobre prevenção, acredita-se que as mesmas poderiam ser potencializadas, por meio de conhecimentos sobre fatores de risco e políticas públicas, praticamente inexistentes nos relatos dos docentes e discentes. Os dados sobre atenção à saúde, retirados das ementas e expostos no Quadro 3, sinalizam que os currículos dos cursos oferecem a possibilidade de inserção destas informações, bem como conteúdos epidemiológicos e preventivos que complementem as já existentes. Verifica-se, por exemplo, que na Faculdade A existe conteúdos que tratam sobre medidas preventivas tanto na disciplina Interfaces da Fonoaudiologia quanto na Fonoaudiologia Preventiva, assim como possibilidade de atuação preventiva em creches, unidades básicas de saúde, hospitais e maternidades durante o Estágio de Fonoaudiologia Preventiva e Escola I. Acredita-se que estas disciplinas, assim como demais de mesmo enfoque, possam ser precursoras de ensinamentos e práticas sobre prevenção de acidentes, caso haja interesse e conhecimento dos docentes e discentes sobre o assunto, além de condições didáticas que favoreçam esta iniciativa.

Na Tabela 8 podem ser observadas as respostas dos participantes sobre o meio de recebimento das informações sobre acidentes, referente à questão “De que forma foi(ram) recebida (s)?”



**Tabela 8:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o meio de recebimento das informações sobre acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Meio de recebimento das informações	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Curso**	16	30,7	58	61	74	50,3
Televisão	20	38,4	48	50,5	68	46,3
Palestra	22	42,3	46	48,4	68	46,2
Panfleto	21	40,3	39	41	60	40,8
Revista	19	36,5	31	32,6	50	34,0
Livro	18	34,6	22	23,1	40	27,2
Internet	9	17,3	26	27,3	35	23,8
Experiência pessoal	14	26,9	17	17,8	31	21,0
Jornada	5	9,6	19	20	24	16,3
Rádio	9	17,3	13	13,6	22	15,0
Experiência profissional****	20	38,4	-	-	20	13,6
Aula expositiva*	19	36,5	-	-	19	12,9
Pesquisa*****	10	19,2	-	-	10	6,8
Estágio***	8	15,3	-	-	8	5,4
Bandeirantismo	-	-	1	1	1	0,7
Contato com pesquisadora	1	1,9	-	-	1	0,7
Jornal	1	1,9	-	-	1	0,7
Poster	1	1,9	-	-	1	0,7

\*( p< 0,001;  $\chi^2 = 36,684$ ; g.l=1) \*\* ( p< 0,008;  $\chi^2 = 11,147$ ; g.l=1)  
 \*\*\* ( p< 0,004;  $\chi^2 = 12,611$ ; g.l=1) \*\*\*\* ( p< 0,001;  $\chi^2 = 39,084$ ; g.l=1)  
 \*\*\*\*\* ( p< 0,001;  $\chi^2 = 16,687$ ; g.l=1)

Os principais meios condutores das informações recebidas pelos docentes, tal qual pode ser visto na Tabela 8, foram palestras (n= 22 ou 42,3%), panfletos (n= 21 ou 40,3%), televisão (n= 20 ou 38,4%) e experiência profissional (n= 20 ou 38,4%). Para os discentes os cursos (n= 58 ou 61,0%), televisão (n= 48 ou 50,5%), palestras (n= 46 ou 48,4%) e panfletos (n= 39 ou 41,0%) foram os mais comuns.

A Tabela 9 mostra as respostas emitidas pelos participantes em relação à questão “Onde foi (ram) recebida (s)?”

**Tabela 9:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o local de recebimento das informações sobre acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Local de recebimento das informações	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Auto-escola*	14	26,9	62	65,2	76	51,7
Escola**	12	23,0	57	60,0	69	46,9
Residência	14	26,9	31	32,6	45	30,6
Hospital****	21	40,3	14	14,7	35	23,8
Unidade Básica de Saúde	7	13,4	20	21,0	27	18,4
Local de Trabalho*****	25	48,0	-	--	25	17,0
Local de lazer	9	17,3	12	12,6	21	14,3
Graduação***	15	28,8	-	--	15	10,2
Pós-graduação*****	11	21,1	-	-	11	7,5
Unidade de Saúde da Família	2	3,8	1	1,0	3	2,0
Estradas/Rodovias	2	3,8	-	-	2	1,4
Prefeitura	2	3,8	-	-	2	1,4
Colônia de férias	-	-	1	1,0	1	0,7
Evento científico	-	-	1	1,0	1	0,7
Grupo de estudo	-	-	1	1,0	1	0,7
Secretaria de Saúde	1	1,9	-	-	1	0,7

\*( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 18,277$ ; g.l=1) \*\*( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 16,942$ ; g.l=1)

\*\*\*( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 84,189$ ; g.l=1) \*\*\*\*( $p < 0,010$ ;  $\chi^2 = 10,813$ ; g.l=1)

\*\*\*\*\*( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 51,679$ ; g.l=1) \*\*\*\*\* ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 18,773$ ; g.l=1)

Como pode ser visto na Tabela 9, os professores receberam as informações principalmente nos locais de trabalho (n= 25 ou 48%) e hospitais (n= 21 ou 40,3%). Com os discentes, os informes foram obtidos na auto-escola (n= 62 ou 65,2%) e em escolas de ensino regular (n= 57 ou 60%).

Há diferença entre docentes e discentes em relação aos locais onde foram recebidas as informações. Os graduandos, por serem adultos jovens, realizaram cursos nas auto-escolas, possivelmente durante a formação de condutores ou renovação da carteira de motorista, recebendo ali informações sobre causas externas acidentais. Esses dados coincidiram com aqueles encontrados por Nascimento, Gimenez-Paschoal e Oliveira (2005) quando entrevistaram 11 graduandos do quarto ano de Fonoaudiologia sobre o mesmo tema. Enquanto isto, os professores receberam informações durante a experiência profissional, em seus locais de trabalho ou mesmo nos ambientes hospitalares.

Procurou-se saber, ainda, qual conceito os professores e alunos dos cursos de Fonoaudiologia têm sobre “acidente”, bem como as conseqüências que estes eventos trazem para a humanidade. Na Tabela 10 são observadas as respostas emitidas em relação à questão “Para você o que são acidentes?”

**Tabela 10:** Distribuição das freqüências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os aspectos que definem acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Definição de acidente	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Eventos inesperados	45	86,5	89	93,6	134	91,2
Eventos que trazem conseqüência física	41	78,8	70	73,6	111	75,5
Eventos que trazem conseqüência emocional	40	76,9	70	73,6	110	74,8
Eventos que trazem conseqüência funcional	39	75,0	57	60,0	96	65,3
Eventos que trazem conseqüência social	39	75,0	52	54,7	91	61,9
Eventos que causam morte*	21	40,3	63	66,3	84	57,1
Eventos inevitáveis	13	25,0	22	23,1	35	23,8
Eventos previsíveis	3	5,7	-	-	3	2,0
Eventos evitáveis	1	1,9	-	-	1	0,7

\*( $p < 0042$ ;  $\chi^2 = 8,199$ ; g.l=1)

Os participantes indicaram, em sua maioria, que os acidentes são eventos inesperados que trazem conseqüências físicas, funcionais, emocionais e sociais. A menor freqüência observada foi aquela que se referiu ao acidente como um evento evitável, indicando que eles acham possível que tais eventos possam ser impedidos. Quatro docentes acrescentaram duas alternativas que não existiam no questionário, reafirmando que esses são eventos previsíveis (n= 3 ou 5,7%) e evitáveis (n=1 ou 1,9%).

Fez-se também a seguinte pergunta aos docentes e discentes: “Para você o que facilita a ocorrência de um acidente?”. As respostas podem ser observadas na Tabela 11.

**Tabela 11:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os fatores facilitadores da ocorrência de acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Fatores facilitadores da ocorrência de acidentes	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Distração	47	90,3	93	97,8	140	95,2
Imprudência	46	88,4	91	95,7	137	93,2
Cansaço mental	49	94,2	85	89,4	134	91,2
Cansaço físico	48	92,3	82	86,3	130	88,4
Estresse	48	92,3	79	83,1	127	86,4
Sono	44	84,6	82	86,3	126	85,7
Falta de orientação	42	80,7	67	70,5	109	74,1
Falta de habilidade ao exercer alguma ação**	42	80,7	60	63,1	102	69,4
Riscos ambientais*****	41	78,8	53	55,7	94	63,9
Deixar de fazer algo que impeça o acidente	36	69,2	53	55,7	89	60,5
Fatalidades	21	40,3	55	57,8	76	51,7
Ingestão de bebidas alcoólicas***	47	90,3	-	-	47	32,0
Ingestão de drogas****	46	88,4	-	-	46	31,3
Crenças*	16	30,7	9	9,4	25	17,0
Falta de conhecimento sobre o assunto	2	3,8	-	-	2	1,4
Ausência de políticas públicas para prevenção	1	1,9	-	-	1	0,7
Excesso de confiança	1	1,9	-	-	1	0,7
Falta de sinalização dos riscos	1	1,9	-	-	1	0,7
Sobrecarga de trabalho	1	1,9	-	-	1	0,7

\*( p< 0,022;  $\chi^2 = 9,341$ ; g.l=1) \*( p< 0,0426;  $\chi^2 = 4,113$ ; g.l=1)  
 \*\*\*( p< 0,001;  $\chi^2 = 122,10$ ; g.l=1) \*\*\*\*( p< 0,001;  $\chi^2 = 118,23$ ; g.l=1)  
 \*\*\*\*\*( p< 0,092;  $\chi^2 = 6,781$ ; g.l=1)

Para os docentes, os fatores que mais facilitam a ocorrência de acidentes são o cansaço mental (n= 49 ou 94,2%), o estresse (n= 48 ou 92,3%), a ingestão de bebidas alcoólicas (47 ou 90,3%) e a ingestão de drogas (46 ou 88,4%).

Na opinião dos discentes, a distração é o principal fator predisponente, sendo esse dado semelhante ao encontrado por Nascimento e Gimenez-Paschoal (2005), durante realização de entrevistas com graduandos de Fonoaudiologia do quarto ano de duas faculdades, uma pública e outra privada, do Estado de São Paulo. Em seguida, apareceram a imprudência (n= 91 ou 95,7%) e o cansaço mental (n= 85 ou 89,4%). Houve diferença extremamente significativa em “ingestão de bebidas alcoólicas” ( $\chi^2 = 122,10$  e p< 0,001) e

“ingestão de drogas” ( $\chi^2 = 118,23$  e  $p < 0,001$ ), pois estas opções foram inseridas somente no questionário dos docentes, após serem indicadas no pré-teste.

Quando ocorre um tipo de acidente, seja atropelamento, queimadura, intoxicação, entre outros, geralmente causa alteração física e/ou funcional, variando conforme a dimensão da lesão. Dependendo do grau de acometimento, o dano pode ultrapassar as condições biológicas e comprometer os aspectos psicológico, social e familiar.

A maioria dos acidentados graves necessita de atendimento especializado do médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo, entre outros. Procurou-se, então, saber dos participantes quem são as pessoas envolvidas na reabilitação das seqüelas trazidas pelos acidentes. As respostas emitidas em relação à questão “Na sua opinião, qual(is) profissional(ais) poderia(m) realizar atividade(s) de reabilitação relacionada(s) à(s) seqüela(s) causada(s) pelos acidente(s)?” estão apresentadas na Tabela 12.

**Tabela 12:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os profissionais que poderiam realizar atividades de reabilitação das patologias causadas pelos acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Profissionais reabilitadores	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Fonoaudiólogo	51	98,0	95	100,0	146	99,3
Fisioterapeuta	51	98,0	94	98,9	145	98,6
Terapeuta Ocupacional	50	96,1	92	96,8	142	96,6
Médico	51	98,0	90	94,7	141	95,9
Psicólogo	51	98,0	89	93,6	140	95,2
Dentista	48	92,3	83	87,3	131	89,1
Enfermeiro	48	92,3	78	82,1	126	85,7
Pedagogo*	39	75,0	48	50,5	87	59,1
Sociólogo	19	36,5	27	28,4	46	31,3
Nutricionista	1	1,9	1	1,0	2	1,4
Engenheiro	1	1,9	-	-	1	0,7
Profissional de qualquer área	1	1,9	-	-	1	0,7

\*(  $p < 0,067$ ;  $\chi^2 = 7,350$ ; g.l =1)

Tanto professores quanto graduandos dos cursos de Fonoaudiologia responderam que o médico, o fonoaudiólogo, o fisioterapeuta e o psicólogo eram os profissionais mais indicados para reabilitar as patologias das pessoas acidentadas. Os três primeiros profissionais estariam voltados para a reabilitação estrutural e funcional daquilo que foi afetado, enquanto o psicólogo para a adequação emocional da pessoa. Praticamente todos os discentes (n= 95 ou 100%) e quase todos os docentes (n= 51 ou 98%) reconheceram que os acidentes trazem conseqüências que envolvem a atuação do fonoaudiólogo.

Como a prevenção é considerada uma das melhores alternativas para solucionar os problemas que advém dos acidentes, perguntou-se também aos participantes se eles achavam possível estes eventos serem prevenidos. A maioria dos docentes (n= 48 ou 92,3%) e discentes (n= 82 ou 86,3%) afirmou que eles podem ser prevenidos em sua maior parte, embora tenha definido, na Tabela 10, que são eventos inesperados.

Perguntou-se aos participantes “Quem poderia realizar atividades de prevenção relacionadas aos acidentes?”. As respostas estão disponíveis na Tabela 13.

As respostas predominantes dos docentes e discentes foram similares, sinalizando que os profissionais da saúde seriam os mais indicados para a prevenção, principalmente o médico, o fisioterapeuta, o enfermeiro e o fonoaudiólogo. Além dos profissionais da área da saúde, os docentes indicaram vários outros profissionais que poderiam realizar atividades preventivas. Dentre eles estão o engenheiro (n= 3 ou 5,7%), químico (n= 1 ou 1,9%), geólogo (n= 1 ou 1,9%) guarda de trânsito (n= 1 ou 1,9%), instrutor de auto-escola (n= 1 ou 1,9%), babás (n= 1 ou 1,9%), entre outros. O ideal seria que todos os profissionais indicados, tanto por docentes como por discentes, unissem forças para combater a incidência das causas externas e, conseqüentemente, os problemas delas decorrentes.

**Tabela 13:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os profissionais que poderiam realizar atividades preventivas de acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Profissionais que poderiam realizar atividades preventivas	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Médico	42	80,7	79	83,1	121	82,3
Fisioterapeuta	41	78,8	76	80,0	117	79,6
Enfermeiro	41	78,8	75	78,9	116	78,9
Fonoaudiólogo	42	80,7	71	74,7	113	76,9
Psicólogo	39	75,0	64	67,3	103	70,0
Terapeuta Ocupacional**	42	80,7	60	63,1	102	69,4
Dentista	36	69,2	62	65,2	98	66,7
Pedagogo	36	69,2	53	55,7	89	60,5
Sociólogo*	35	67,3	45	47,3	80	54,4
Bombeiros	2	3,8	1	1,0	3	2,0
Engenheiro	3	5,7	-	-	3	2,0
Nutricionista	2	3,8	1	1,0	3	2,0
Policiais	2	3,8	1	1,0	3	2,0
Professores	1	1,9	2	2,1	3	2,0
Qualquer pessoa	3	5,7	-	-	3	2,0
Pais	1	1,9	1	1,0	2	1,4
Agentes de saúde	1	1,9	-	-	1	0,7
Autoridades governamentais	1	1,9	-	-	1	0,7
Avós	1	1,9	-	-	1	0,7
Babás	1	1,9	-	-	1	0,7
Biólogo	1	1,9	-	-	1	0,7
Clube de serviços	1	1,9	-	-	1	0,7
Educador físico	1	1,9	-	-	1	0,7
Escoteiros	1	1,9	-	-	1	0,7
Farmacêutico	1	1,9	-	-	1	0,7
Geólogo	1	1,9	-	-	1	0,7
Guarda de trânsito	1	1,9	-	-	1	0,7
Imprensa	1	1,9	-	-	1	0,7
Instrutor de auto-escola	1	1,9	-	-	1	0,7
Meteorologista	1	1,9	-	-	1	0,7
Oceanógrafo	1	1,9	-	-	1	0,7
Químico	1	1,9	-	-	1	0,7
Todo profissional da área da saúde	1	1,9	1	1,0	1	0,7
Veterinário	1	1,9	-	-	1	0,7

\*( $p < 0,0317$ ;  $\chi^2 = 4,613$ ;  $g.l = 1$ ) \*\*( $p < 0,0426$ ;  $\chi^2 = 4,113$ ;  $g.l = 1$ )

Os participantes foram questionados, ainda, sobre o tipo de atividades preventivas que poderiam ser realizadas para se evitar os acidentes, sendo as respostas apresentadas na Tabela 14, na forma como apareceram nos questionários.

**Tabela 14:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com tipos de atividades preventivas que poderiam ser realizadas para se evitar os acidentes (N= 135 respostas dos docentes e N= 175 respostas dos discentes).

Tipo de atividade preventiva	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Orientação	35	25,8	40	22,8	75	24,1
Palestra*	20	14,8	50	28,6	70	22,5
Distribuição de material educativo	14	10,7	27	15,4	41	13,2
Curso	11	8,1	21	12,0	32	10,3
Abordagem no tema na formação profissional	13	9,6	7	4,0	20	6,5
Divulgação do tema na mídia	10	7,4	4	2,3	14	4,5
Campanha	5	3,7	7	4,0	12	3,9
Atividade educativa comunitária	8	5,9	3	1,7	11	3,5
Abordagem do tema em aula	5	3,7	5	2,9	10	3,2
Exposição de material educativo	6	4,4	4	2,3	10	3,2
Divulgação em evento científico	3	2,2	2	1,1	5	1,6
Abordagem do tema na formação básica	3	2,2	-	-	3	1,0
Ação governamental	2	1,5	1	0,6	3	1,0
Atitudes seguras	-	-	3	1,7	3	1,0
Pesquisa	-	-	1	0,6	1	0,3

\*( $p < 0,0062$ ;  $\chi^2 = 7,482$ ;  $g.l = 1$ )

Os docentes indicaram, com maior frequência, que a orientação (n= 35 ou 25,8%) é o tipo de atividade que pode prevenir os acidentes. Elas poderiam ser individuais ou coletivas, presenciais ou à distância, bem como no trabalho ou em ambientes educacionais e de saúde.

Por outro lado, os discentes apontaram que palestras informativas para a população são as principais ações preventivas que poderiam ser realizadas (n= 50 ou 28,6%). Em seguida aparecem as orientações (n= 40 ou 22,8%) quanto aos cuidados que devem ser tomados diante das situações de risco e sobre as causas e conseqüências dos acidentes. Estas atividades precisariam ser programadas, concretizadas e avaliadas cuidadosamente para se verificar a eficácia de cada uma diante da perspectiva de redução dos agravos à saúde.

A seguir são apresentadas algumas afirmações dos docentes e discentes referentes ao tipo de atividade preventiva que poderia ser realizado para se evitar a ocorrência de injúrias.



- Palestras durante consulta de saúde (docente E7)
- Orientação a mães de bebês prematuros quanto aos cuidados na alimentação (docente A7)
- Campanhas sobre epidemiologia e primeiros socorros (discente E14)
- Panfletos explicativos (discente A3)
- Cursos para profissionais (discente D20)
- Aulas educacionais para crianças em idade escolar (discente D20)
- Aulas de direção defensiva (docente A7)
- Banners* explicativos no local de trabalho (docente F1)
- Divulgação de ações preventivas em rádio, jornais, TV e demais veículos de comunicação (docente E6)
- Ações educativas em instituições de saúde e educacionais (docente F9)
- Realização de fórum onde todos os profissionais pudessem expor riscos (discente F13)
- Fiscalizações (discente D12)
- Pesquisa sobre fatores de risco (discente F29)
- Evitar colocar produtos no baixo ou produtos de limpeza em embalagens de refrigerante (discente A6)
- Leis preventivas (docente D2)
- Adequação de políticas públicas (docente F4)

Foi questionado aos participantes sobre os locais onde as atividades preventivas poderiam ser realizadas e para quem elas seriam direcionadas. Os resultados estão apresentados nas tabelas 15 e 16. A Tabela 15 indica as respostas emitidas em relação à questão “Onde a(s) atividade(s) preventiva(s) poderia(m) ser realizada(s)?”

Os lugares frequentemente apontados para as atividades preventivas sobre acidentes serem realizadas, na opinião dos docentes, foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (n= 50 ou 96,1%), escolas (n= 49 ou 94,2%), locais de trabalho (n= 48 ou 92,3%), hospitais (n= 47 ou 90,3%), Unidades de Saúde da Família (USFs) (n= 44 ou 84,6%), berçários (n= 41 ou 78,8%) e clínicas particulares (n= 41 ou 78,8%). Segundo a opinião dos discentes, as escolas

(n= 93 ou 97,8%) foram os locais mais indicados para tais atividades, seguidas das USFs (n= 83 ou 87,3%), UBSs (n= 81 ou 85,2%, locais de trabalho (n= 81 ou 85,2%), hospitais (n= 76 ou 80%) e clínicas particulares (n= 69 ou 72,6%).

**Tabela 15:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o local de realização das atividades preventivas de acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Local para atividades preventivas	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Escola	49	94,2	93	97,8	142	96,6
Unidade Básica de Saúde (UBS)	50	96,1	81	85,2	131	89,1
Trabalho	48	92,3	81	85,2	129	87,8
Unidade de Saúde da Família (USF)	44	84,6	83	87,3	127	86,4
Hospital	47	90,3	76	80,0	123	83,7
Clinica	41	78,8	69	72,6	110	74,8
Residência	40	76,9	65	68,4	105	71,4
Berçário	41	78,8	63	66,3	104	70,7
Todos os locais*	6	11,5	-	-	6	4,0
Imprensa	2	3,8	1	1,0	3	2,0
Ruas	1	1,9	2	2,1	3	2,0
Estradas	2	3,8	-	-	2	1,4
Bulas	1	1,9	-	-	1	0,7
Empresas de Turismo	1	1,9	-	-	1	0,7
Grupo da terceira idade	1	1,9	-	-	1	0,7
Locais de lazer	1	1,9	-	-	1	0,7
Locais de prática de esporte	1	1,9	-	-	1	0,7
Universidades	-	-	1	1,0	1	0,7

\*( $p < 0,032$ ;  $\chi^2 = 8,671$ ;  $g.l = 1$ )

Em 2003, Gimenez-Paschoal indicava a possibilidade do fonoaudiólogo realizar ações preventivas de acidentes em instituições educacionais e de saúde, assim como em empresas e clínicas particulares.

Nos berçários e instituições educacionais, principalmente as de ensino infantil e fundamental, seria possível levantar os riscos para sua ocorrência, bem como orientar os funcionários da escola, as crianças e os pais sobre possíveis medidas preventivas que deveriam ser adotadas (OLIVEIRA; GIMENIZ-PASCHOAL, 2002; OLIVEIRA, 2003; GIMENIZ-PASCHOAL; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2005 ).

No que se refere instituições de saúde, haveria possibilidade de planejar ações preventivas em Unidades Básicas de Saúde, junto aos agentes comunitários e médicos pediatras, para as mães que levam seus filhos para consulta ou vacinação (GIMENIZ-PASCHOAL; NASCIMENTO, 2004; GIMENIZ-PASCHOAL; GERMANO; OLIVEIRA, 2005). Nas Unidades de Saúde da Família, o fonoaudiólogo poderia realizar visitas domiciliares, levantar os riscos para acidentes nas residências e, junto à equipe de saúde, orientar as famílias sobre as situações em que estão expostas (FERRAZ; GIMENIZ-PASCHOAL; NASCIMENTO, 2004).

A Tabela 16 indica a opinião dos docentes e discentes em relação à questão “Para quem a(s) atividade(s) deveria(m) ser direcionada(s)?”.

**Tabela. 16:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os destinatários das atividades preventivas de acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Destinatários das atividades preventivas	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
População geral	48	92,3	85	89,4	133	90,5
Adolescentes	41	78,8	85	89,4	126	85,7
Adultos	42	80,7	82	86,3	124	84,3
Crianças	42	80,7	80	84,2	122	83,0
Estudantes	40	76,9	81	85,2	121	82,3
Mães	41	78,8	76	80,0	117	79,6
Trabalhadores	43	82,6	74	77,8	117	79,6
Pacientes	38	73,0	72	75,7	110	74,8
Gestantes	42	80,7	65	68,4	107	72,8
Religiosos	1	1,9	-	-	1	0,7

As opiniões dos respondentes estiveram muito próximas, não havendo diferença significativa em nenhuma opção de resposta. Os respondentes sinalizaram que as orientações poderiam ser recebidas por alguns grupos específicos como o de gestantes, crianças, adultos, adolescentes, estudantes e trabalhadores, mas a maioria indicou que a população geral era quem deveria ser orientada.

Perguntou-se, então, aos participantes se eles já haviam realizado alguma atividade relacionada ao tema, seja atendimento terapêutico, orientação aos familiares de pacientes acidentados, atividades preventivas, entre outras. Dentre os participantes, 28 (53,8%) professores e 34 (35,8%) estudantes afirmaram ter realizado alguma atividade relacionada ao assunto, havendo diferença significativa entre as respostas ( $\chi^2 = 3,783$ ,  $p < 0,0518$ ). As atividades realizadas estão apresentadas na Tabela 17.

**Tabela 17:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o tipo de atividade realizada envolvendo o tema dos acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Tipo de atividade realizada	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Orientação	23	44,2	30	31,5	53	36,0
Prevenção	19	36,5	24	25,2	43	29,2
Reabilitação	16	30,7	15	15,7	31	21,1
Primeiros socorros*	10	19,2	2	20,1	12	8,2
Pesquisa	1	1,9	1	1,0	2	1,4
Formação de graduandos e pós-graduando	1	1,9	-	-	1	0,7

\*( $p < 0,0009$ ;  $\chi^2 = 10,962$ ; g.l=1)

Observa-se que os docentes realizaram orientações sobre o tema (n= 23 ou 44,2%), ações preventivas de acidentes (n= 19 ou 36,5%), além de reabilitação (n= 16 ou 30,7%) das patologias causadas por eles, enquanto os discentes estiveram envolvidos principalmente com orientações (n= 30 ou 31,5%) e ações preventivas (n= 24 ou 25,2%). A Tabela 18 indica para quem foram direcionadas as atividades realizadas pelos docentes e discentes a respeito do tema.

As ações foram direcionadas, principalmente, para os adultos, crianças e pacientes. A maioria dos docentes realizou as atividades na época de sua graduação e quatro deles as realizam atualmente. Quanto aos discentes, todas as atividades foram realizadas na faculdade, durante a graduação, no início ou final do curso.

**Tabela 18:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os destinatários das atividades realizadas sobre acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Destinatários das informações sobre acidentes	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Adultos	18	34,6	22	23,1	40	27,2
Crianças	11	21,1	26	27,3	37	25,2
Pacientes	14	26,9	17	16,8	31	21,0
Adolescentes	12	23,0	18	18,9	30	20,4
Mães	8	15,3	18	18,9	26	17,7
Estudantes	12	23,0	10	10,5	22	15,0
Gestantes	9	17,3	9	9,4	18	12,2
População geral	8	15,3	10	10,5	18	12,2
Trabalhadores	11	21,1	6	6,3	17	11,6
Educadores	1	1,9	-	-	1	0,7

Percebe-se na Tabela 18 que os educadores, trabalhadores e gestantes foram grupos menos orientados pelos docentes e discentes. Os educadores e gestantes são pessoas que estão ou estarão diretamente ligadas às crianças, alvos frequentes de acidentes, sendo importante receberem orientações sobre o tema para levantar as situações de riscos e proteger as crianças das lesões que podem acometê-las. Os trabalhadores precisam ser orientados sobre os danos causados pelo ruído presente nos ambientes de trabalho, bem como a importância do uso de protetor auricular para prevenir a perda auditiva, além dos riscos ambientais e comportamentais que os levam aos acidentes.

Os locais onde as atividades que envolveram o tema dos acidentes foram realizadas pelos respondentes estão expostos na Tabela 19.

Os docentes realizaram as atividades nos locais de trabalho (n= 14 ou 26,9%), clínicas (n=14 ou 26,9%) e escolas (n= 13 ou 25%), enquanto os discentes as desenvolveram principalmente na escola (n= 23 ou 24,2%), clínica (n= 16 ou 16,8%) e unidades básicas de saúde (n= 12 ou 12,6%).

**Tabela 19:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com o local de realização das atividades relacionadas aos acidentes (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Local de realização das atividades	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Escola	13	25,0	23	24,2	36	24,5
Unidade Básica de Saúde (UBS)	6	11,5	12	12,6	18	12,2
Trabalho**	14	26,9	3	3,1	17	11,6
Hospital*	10	19,2	3	3,1	13	8,8
Residência	7	13,4	6	6,3	13	8,8
Berçário	6	11,5	3	3,1	9	6,1
Unidade de Saúde da Família (USF)	2	3,8	3	3,1	5	3,4
Clinica	14	26,9	16	16,8	30	2,0
Praça	1	1,9	-	-	1	0,7
Shopping	1	1,9	-	-	1	0,7
Supermercado	1	1,9	-	-	1	0,7
Universidade	1	1,9	-	-	1	0,7

\*( p< 0,0029;  $\chi^2$  =8,868; g.l=1) \*\* ( p< 0,0001;  $\chi^2$  =16,307; g.l=1)

Perguntou-se também aos docentes e discentes “Você acredita que existe alguma relação entre os acidentes e a Fonoaudiologia?” Dentre os participantes, 49 (94,2%) docentes e 89 (93,7%) discentes responderam positivamente, não havendo diferença estatisticamente significativa entre estas respostas.

Ao serem questionados sobre o tipo de relação existente entre o tema e o curso em estudo, foram recebidas 61 respostas dos docentes e 96 dos discentes. Das respostas obtidas dos professores, 41 (67,4%) se direcionaram para a possibilidade de atuação curativa frente aos danos comunicativos causados pelos acidentes. Outras 13 (21,3%) apontaram o fonoaudiólogo como profissional capaz de planejar e desenvolver atividades que impeçam a ocorrência de injúrias. Sete respostas (11,5%) levantaram riscos de acidente de trabalho durante a atuação deste profissional. Dentre os 96 relatos apresentados pelos discentes, 67 (69,8%) voltaram-se para a ação curativa e 29 (30,2%) para a prevenção dos acidentes. Houve diferença significativa em “acidente de trabalho” ( $\chi^2$  = 8,994, p< 0,0027g.l =1), pois esta opção não foi citada pelos graduandos.

Como houve predomínio da visão curativa entre as respostas dos participantes, entende-se que é preciso rever os discursos dos docentes e discentes que enfatizam as práticas remediativas, como sugerido por Andrade (1996), assim como capacitá-los para ações primárias de saúde que vão ao encontro das prescrições das Diretrizes Curriculares, bem como propostas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

A seguir serão apresentados alguns relatos dos docentes e discentes quando foram questionados sobre o tipo de relação existente entre a Fonoaudiologia e os acidentes humanos.

A fonoaudiologia também lida com a reabilitação de queimados, seqüelas de traumas cranianos, reabilitação auditiva e vocal (discente B6).

Orientamos mães nos hospitais quanto à postura correta para alimentação ou até mesmo na clínica reabilitando pacientes que sofreram traumatismos cranianos (discente B10).

Com relação à habilidade motora, a fala, processos perceptuais, cognitivos, pois dependendo da lesão pode afetar esses aspectos e o indivíduo necessitar de uma reabilitação (discente C1).

Os fonoaudiólogos como agentes de saúde têm um importante papel na promoção da saúde (discente E9).

Prevenção na atuação de saúde pública, orientações em escolas, reabilitação pós- AVE e TCE (discente F29)

Contato com doenças contagiosas; manipulação de materiais contaminados (docente A1)

Algumas pessoas poderão sofrer acidentes em regiões relacionadas à fonoaudiologia e necessitarão de cuidados na reabilitação; mães despreparadas poderão alimentar seus filhos de maneira inadequada, no caso de fissuras, o que poderá acarretar acidentes para o bebê (docente A3)

Estamos expostos a fatores que predispõe a acidentes biológicos ou mecânicos em nossos locais de trabalho; atendemos populações vítimas de acidentes; podemos provocar acidentes que prejudiquem nossos pacientes e outros colegas de trabalho; existem riscos específicos relacionados a nossa área de atuação como exposição a ruídos, trauma craniano, infecções (docente A5)

Queimadura e alterações na motricidade oral; acidente ocasionando lesão cerebral e dificuldade de fala, linguagem e voz; ruído e lesão auditiva (docente A6)

Na área de saúde auditiva do trabalhador podemos realizar um trabalho de orientação, prevenção, detecção e reabilitação da perda auditiva induzida por níveis de pressão

sonora elevados (considera-se acidente de trabalho pela legislação vigente) (docente A7)

Acidentes provocam perdas auditivas e lesões do sistema auditivo, por exemplo, uso inadequado de cotonetes ou qualquer objeto que traumatize o conduto auditivo externo ou membrana timpânica; acidentes provocam lesões nas cavidades nasal, oral, faringe e esôfago que podem provocar distúrbios das funções de respiração, deglutição, sucção, mastigação e fala, por exemplo, ingestão de soda cáustica, colocar a boca em tomada ou fio desencapado, cair objetos perfurantes na boca. (docente D5)

Fonoaudiólogo pode desenvolver atividades voltadas para orientação, prevenção ou intervenção de problemas específicos; deve orientar alunos sobre os possíveis acidentes relacionados ao trabalho que desenvolve (biossegurança); enfatizar possíveis acidentes que podem ocorrer em exames objetivos e subjetivos (docente F3)

Muitos acidentes trazem seqüelas para a linguagem oral ou escrita, bem como seqüelas alimentares, auditivas, vocais, faciais que necessitem de reabilitação (docente F9).

Foi perguntado aos docentes se eles ministravam alguma disciplina, atividade ou processo de ensino-aprendizagem que abordasse, de alguma forma, o conteúdo dos acidentes. Aos discentes, questionou-se a percepção do tema em alguma disciplina ou atividade proposta pelos docentes do curso. Os resultados indicaram que 50% dos professores ministram alguma disciplina ou atividade relacionada ao tema, sendo confirmada por 42,1% dos graduandos.

A maioria dos docentes (74,4%) e discentes (88,5%) afirmou que o conteúdo foi contemplado em disciplinas curriculares, principalmente nas de Audiologia, Fonoaudiologia Preventiva, Fonoaudiologia Hospitalar, Distúrbio de linguagem no adulto e Biossegurança, bem como nos estágios de Fonoaudiologia institucional, sendo concordantes com os dados obtidos na análise documental dos cursos estudados. Além disso, citou-se a execução de atividade de pesquisa, assim como a participação num grupo de estudo específico sobre acidentes. Os conteúdos abordados estão expostos na Tabela 20.

Tratando-se do tema dos acidentes, observa-se que as patologias decorrentes destes eventos e as estratégias de reabilitação ainda são os conteúdos mais citados na formação do fonoaudiólogo, tanto por docentes quanto por discentes.



**Tabela 20:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com os conteúdos abordados nos cursos (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Conteúdos sobre acidentes	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Patologias fonoaudiológicas	13	25,0	37	38,9	50	34,0
Exposição ao ruído	12	23,0	36	37,8	48	32,6
Estratégias de reabilitação	12	23,0	32	33,6	44	29,9
Traumatismo de cabeça	15	28,8	27	28,4	42	28,6
Traumatismo de face	12	23,0	21	22,1	33	22,4
Acidentes infantis	12	23,0	17	17,8	29	19,7
Prevenção de acidentes	10	19,2	18	18,9	28	19,0
Traumatismo de pescoço	7	13,4	12	12,6	19	12,9
Doenças infecto contagiosas	1	1,9	-	-	1	0,7
Materiais perfurocortantes	1	1,9	-	-	1	0,7
Políticas públicas	1	1,9	-	-	1	0,7
Problemas de pesquisa na área	1	1,9	-	-	1	0,7
Procedimentos de avaliação clínica	1	1,9	-	-	1	0,7
Traumatismo bucal	1	1,9	-	-	1	0,7
Traumatismo nasal	1	1,9	-	-	1	0,7

Há um direcionamento para a cura das seqüelas funcionais resultantes dos traumatismos de cabeça e face que acometem ossos, músculos e pares de nervos cranianos (principalmente o facial), além do sistema nervoso central, sendo escassas aquelas direcionadas à prevenção de acidentes infantis, orientação sobre ruído externo, bem como levantamento de políticas públicas que tratam sobre esta temática.

Os relatos apresentados pelos participantes é coincidente com os dados encontrados nas ementas das disciplinas, dispostas no Quadro 2, quanto ao predomínio das atividades de reabilitação. As informações das ementas trataram sobre patologias do sistema nervoso central e periférico, patologias da fala e da linguagem, atuação fonoaudiológica em indivíduos que sofreram injúrias cerebrais, trauma acústico, paralisia facial, traumas de face, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, afasias, apraxias, disfagias, corpos estranhos, ruído e aspectos psicossociais em pacientes com lesão de cabeça e pescoço, entre outras, o que pode reforçar a predominância da reabilitação nos processos de ensino e aprendizagem na formação do fonoaudiólogo.

A Tabela 21 mostra a forma como o conteúdo relativo aos acidentes foi abordado nos cursos de graduação de Fonoaudiologia referindo-se à questão: “De que forma(s) a(s) atividade(s) teórico-prática(s) referente(s) a este tema é(são) abordada(s)?”.

**Tabela 21:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com a forma de abordagem do conteúdo dos acidentes nos cursos (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Forma de abordagem do tema	Docentes		Discentes		Total	
	f	%			f	%
Aulas expositivas	21	40,3	32	33,6	53	36,0
Supervisão de Estágio	17	32,6	22	23,1	39	26,5
Estágio curricular	13	25,0	25	26,3	38	25,8
Seminários	10	19,2	23	24,2	33	22,5
Palestras	5	9,6	23	24,2	28	19,0
Pesquisas científicas	10	19,2	15	15,7	25	17,0
Cursos*	2	3,8	17	17,8	19	12,9
Estágio extracurricular	1	1,9	11	11,5	12	8,1
Pesquisa	2	3,8	-	-	2	1,4
Aula teórico-prática	1	1,9	-	-	1	0,7

\*( $p < 0,0300$ ;  $\chi^2 = 4,711$ ; g.l = 1)

Os conteúdos foram mencionados, principalmente, durante a exposição de aulas teóricas, supervisões e estágios curriculares, sendo que as atividades de extensão e pesquisa representaram a minoria. Estes dados são semelhantes aos observados nos programas das disciplinas, cuja aula teórica é predominante. Por outro lado, os cursos sobre o tema, realizados fora das universidades, foram freqüentados de forma significativa pelos graduandos em relação aos professores ( $\chi^2 = 4,711$  e  $p < 0,0300$ ).

Os professores foram questionados sobre a possibilidade da área em que eles atuam auxiliar na atuação com o tema: “Você acredita que a área que atua poderia, de alguma forma, auxiliar na atuação com os acidentes?”. Cerca de 80% destes profissionais responderam de forma afirmativa, sinalizando a contribuição que poderiam oferecer na formação do fonoaudiólogo em relação ao tema, seja na capacitação para atuação curativa, preventiva ou complementação das disciplinas do curso.

A seguir estão apresentados alguns relatos dos docentes emitidos na questão acima:

A atitude preventiva pode ajudar diminuindo a incidência de doenças ocupacionais e permitindo uma melhor abordagem do paciente (docente A1)

Ao estar inserido em programas de prevenção de distúrbios da comunicação o fono estará em contato com a população, podendo auxiliar neste processo. Além disso, pode atuar na reabilitação das lesões decorrentes destes acidentes (docente A2)

Uma das razões é porque sou profissional da área da saúde e trabalho com distúrbios neurológicos e transtornos autistas, alterações que podem levar os sujeitos a ficarem mais susceptíveis a acidentes (docente A3)

Trabalho com audiologia educacional e o assunto poderia ser abordado ao se mencionar as causas de perda auditiva pós-lingual adquirida (docente A4)

Por ser da área da saúde, por estarmos envolvidas em situações e com pessoas que são grupos de risco para alguns tipos de acidentes e por estarmos em risco na atuação profissional para alguns deles. Porém, acho que nos falta fundamentação teórica e aprofundamento no tema (docente A5)

Os alunos são treinados a utilizar os materiais e equipamentos de forma correta na sua prática clínica de forma a prevenir qualquer acidente (docente D8)

Pelo fato de estar em contato direto com a população e com diferentes profissionais (docente E9)

Por que temos muito a contribuir divulgando informações obtidas por meio de pesquisa ou de atuação clínica no que se refere aos possíveis acidentes relacionados a área de trabalho, além de orientar alunos e a população sobre possíveis causas de acidentes e possibilidades de reabilitação (docente F3)

Levanto o tema em aulas e supervisão e faço palestras anualmente para os calouros acerca de viver a vida universitária adotando a filosofia da redução de riscos/danos (docente F7)

Levantou-se, ainda, a opinião dos docentes e discentes sobre a possibilidade de inserção do conteúdo dos acidentes na formação do fonoaudiólogo. A maioria dos docentes (n= 40 ou 76,9%) e discentes (n= 84 ou 88,4%) afirmaram que é possível inserir ou complementar o conteúdo dos acidentes no currículo dos cursos de Fonoaudiologia.

A seguir são apresentados alguns relatos dos participantes sobre os motivos que os fizeram acreditar que o tema dos acidentes deveria ser abordado nos cursos de graduação em Fonoaudiologia:

Para uma melhora da performance do fonoaudiólogo no consultório e em hospitais (docente A1)

Para que os profissionais tenham mais fundamentação ao orientar seus pacientes e para a própria proteção pessoal e familiar (docente A5)

Os alunos não são preparados para fazerem a ligação entre acidentes e transtornos fonoaudiológicos (docente B4)

Seu conhecimento contribuiria para evitar a ocorrência de acidentes ou pelo menos o que se faz quando há ocorrência de um (docente D1)

O fonoaudiólogo poderá entrar em contato com alterações de comunicação e funções orais decorrentes de acidentes (docente D3)

Prevenir é muito mais barato para a sociedade (docente D8)

Para melhorar o conhecimento acerca da prevenção de acidentes para os alunos e desta forma criar estratégias de orientação para pais, além da atuação de patologias decorrentes dos acidentes (docente F17)

Para podermos melhor orientar a população em geral (discente B7)

Por que além de ser uma ajuda para nós como seres humanos é importante saber como realizar a reabilitação, prevenção com os pacientes que sofreram algum tipo de acidente (discente C1).

Para que possamos ter mais clareza sobre a relação entre os acidentes e a profissão e para orientar a população de modo a diminuir os acidentes (discente F1)

Pelo fato de que a Fonoaudiologia tem estreitas relações com o tema “acidentes” sendo importante realizar este estudo para que haja sucesso na reabilitação nesses casos ou mesmo para se promover um trabalho de prevenção de acidentes pois poderia evitar muitos problemas fonoaudiológicos (discente F14)

Porque nós temos um despreparo, uma falta de informação de como atuar na prevenção desses acidentes (discente F20)

Questionou-se, ainda, os docentes e discentes “Em qual(is) área(s) ou disciplina(s) você sugere que o tema seja incluído?”, sendo as respostas apresentadas na Tabela 22.

Para os respondentes, as disciplinas de Fonoaudiologia Preventiva e Saúde Pública são as mais indicadas para a inserção de conteúdos relativos ao tema em estudo, concordante com os resultados obtidos das ementas, sobre disciplinas que contemplam a atenção à saúde.

**Tabela 22:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com as disciplinas curriculares em que o tema dos acidentes deveria ser inserido (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Disciplinas em que o tema poderia ser inserido	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Fonoaudiologia Preventiva	36	69,2	78	82,1	114	77,5
Saúde Pública	35	67,3	64	67,3	99	67,3
Fonoaudiologia Hospitalar	29	55,7	60	63,1	89	60,5
Audiologia	24	46,1	50	52,6	74	50,3
Neurologia	20	38,4	44	46,3	64	43,5
Motricidade oral	21	40,3	36	37,8	57	38,8
Voz	18	34,6	31	32,6	49	33,3
Otorrinolaringologia	20	38,4	27	28,4	47	31,9
Linguagem	18	34,6	28	29,4	46	31,3
Psicomotricidade	9	17,3	24	25,2	33	22,4
Anatomia	9	17,3	20	21,0	29	19,7
Fisiologia	8	15,3	20	21,0	28	19,0
Psicologia	19	36,5	-	-	19	12,9
Biossegurança	1	1,9	-	-	1	0,7
Cabeça e Pescoço	-	-	1	1,0	1	0,7

Difícilmente os docentes indicaram a disciplina que ministravam como possibilidade de inserção de conteúdos sobre acidentes, sinalizando outras áreas para esta inclusão, principalmente as de saúde pública e preventiva, sendo que este tema é de alçada de qualquer área e/ou disciplina, requerendo esforços em conjunto para solucioná-lo, devido à dificuldade de resolução deste problema e dimensão da sua importância.

Foi perguntado também aos participantes “Como o tema deveria ser abordado?”. A Tabela 23 indica os resultados obtidos.

A Tabela 23 aponta que a aula expositiva teórica é a mais indicada pelos docentes (n= 31 ou 59,6%) e discentes (n= 75 ou 78,9%) para abordar o tema dos acidentes nos cursos de graduação em Fonoaudiologia.

Para Feuerwerker e Sena (1999) este estilo predominante de se pensar a formação não tem sido indicado como um bom modelo educativo, pois costuma ser centrado no professor e dissociado da prática.

**Tabela 23:** Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas dos docentes e discentes de acordo com a maneira como o tema dos acidentes deveria ser abordado nos currículos dos cursos (N= 52 docentes e N= 95 discentes).

Maneira de abordar o tema	Docentes		Discentes		Total	
	f	%	f	%	f	%
Aulas expositivas*	31	59,6	75	78,9	102	69,4
Palestras****	22	42,3	64	67,3	86	58,5
Cursos**	16	30,7	53	55,7	69	46,9
Estágio curricular	17	32,7	43	45,2	60	40,8
Supervisão de Estágio	22	42,3	36	37,8	58	39,4
Seminários	20	38,4	37	38,9	57	38,8
Pesquisas científicas	23	44,2	26	27,3	49	33,3
Estágio extracurricular	8	15,3	21	22,1	29	19,7
Discussões***	26	50,0	-	-	26	17,7
Cartazes	1	1,9	-	-	1	0,7
Filmes	1	1,9	-	-	1	0,7
Folhetos	1	1,9	-	-	1	0,7
Simulações	1	1,9	-	-	1	0,7

\*( $p < 0,0211$ ;  $\chi^2 = 5,320$ ; g.l = 1)    \*( $p < 0,0063$ ;  $\chi^2 = 7,472$ ; g.l = 1)

\*\*\* ( $p < 0,0001$ ;  $\chi^2 = 54,323$ ; g.l = 1)    \*\*\*\* ( $p < 0,0055$ ;  $\chi^2 = 7,692$ ; g.l = 1)

Seria importante e indispensável a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que estivessem sustentadas na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos e em metodologias que permitissem a participação ativa dos alunos em diferentes cenários de ensino, tendo o professor como facilitador do processo de construção do conhecimento.

No final do questionário dos docentes e discentes foi aberto um espaço para os participantes apresentarem sugestões e comentários que julgassem necessários. Todas as respostas apresentadas pelos oito (15,4%) docentes sete (7,4%) discentes estão registradas a seguir:

Acredito que, por sermos profissionais da saúde, temos a obrigação de conhecermos mais sobre o tema. Tornar obrigatório o conteúdo poderá favorecer esse aspecto. Creio que a obrigatoriedade deveria acontecer tanto na graduação como nas disciplinas de pós-graduação (docente A5)

O termo bioética e as relações deste tema com a fonoaudiologia deveriam ser correlacionadas (docente A1)

O tema faz parte do conhecimento popular, mas talvez necessite de uma maior consciência dos profissionais para que percebam sua possibilidade de atuar junto a promoção da saúde, prevenção e reabilitação de saúde (docente E9).

Na minha opinião é muito importante a inserção da orientação quanto a prevenção de acidentes na área da Fonoaudiologia que a meu ver poderia ser inserida na Disciplina Fonoaudiologia Preventiva (docente D10).

No momento em que nos encontramos em relação a grade curricular, acredito que a inserção de qualquer outra disciplina vá dificultar nossa atuação enquanto orientadores com os nossos graduandos. Isso, porém, não significa que o tema acidentes não possa ser revisto de forma que o assunto seja melhor explorado e investigado (docente F3)

Prevenir acidentes é tão importante que existem profissionais especializados como engenheiros de segurança e outros para diminuir o risco de que eles ocorram (docente F5)

Espero que este estudo contribua para a elaboração de atividades e capacitação dos docentes dos cursos de Fonoaudiologia que participaram desta pesquisa e que não trabalham sistematicamente o tema, visando prepará-los para a inserção do tema “prevenção e reabilitação de acidentes com seqüelas fonoaudiológicas” nas atividades teóricas e práticas desenvolvidas com os graduandos. Tenho muito interesse em participar de tal capacitação visando construir conhecimentos que permitam a inclusão do assunto nas disciplinas e estágios relacionadas à prevenção em Fonoaudiologia (docente F9)

Penso que seria interessante levar em conta o modo como se concebe acidente. Eu mesma não o concebo como causa externa. Para mim não há nada que não esteja no cognitivo, que não esteja dentro da cabeça das pessoas.(docenteF16)

Acredito que é importante para o fonoaudiólogo conhecer mais a fundo o tema referido e que este seja abordado na graduação assim como todos os outros temas (discente B8)

Em relação ao tema em questão acho que o assunto abordado nas disciplinas ainda é muito escasso, o que necessita de mais abordagens (discente B1)

Gostaria de saber mais sobre o assunto porque pouco entendi a relação de acidentes e Fonoaudiologia (discente C5)

Seria interessante incluí-lo em alguma disciplina que aborde também cuidados profissionais durante o atendimento (discente E3)

Primeiros socorros seria um estágio muito útil (discente E14)

O tema desta pesquisa é bastante interessante (discente D11)

Acredito que a inclusão do tema é importante. Contudo isso, em minha perspectiva, deveria ser feito inicialmente como disciplina e estágio optativo, já que temos de pensar na graduação como formação básica e não específica como vem sendo (mal) feita atualmente (discente F9).

## 7 CONCLUSÕES

Este trabalho permitiu verificar que as matrizes curriculares dos cursos estudados respeitam as indicações de carga horária mínima prescritas pelo Ministério da Educação para os cursos de graduação em Fonoaudiologia, bem como o percentual destinado aos estágios, sugerido nas Diretrizes Curriculares. Entretanto, a carga horária teórica é concentrada no início e a prática no final da graduação, o que sinaliza a importância de iniciativa e parceria dos dirigentes, docentes e discentes para a mudança desta realidade curricular, no sentido de favorecer a integração equilibrada entre a teoria e a prática durante todo o curso, característica marcante na literatura da área da saúde. As atividades práticas desde o início dos cursos poderiam aproximar os discentes do contexto de vida da população e, se possível, serem realizadas na própria comunidade, incluindo ações de prevenção com diferentes temas de saúde pública, entre eles as causas externas acidentais, justificada pela realidade epidemiológica e pertinência em relação à Fonoaudiologia.

Os planos de ensino das disciplinas e estágios mostraram importantes aspectos pedagógicos referentes ao método de ensino, aos recursos didáticos e aos instrumentos de avaliação do aprendizado do aluno, mas estavam descritos de forma incompleta. Esta documentação poderia ser revisada e padronizada, de forma a torná-la mais clara e próxima da realidade pedagógica, o que facilitaria o planejamento e a operacionalização da ação docente, a realização de pesquisas e a identificação do perfil de formação de cada instituição, assim como a orientação de candidatos interessados nos cursos.

As ementas das disciplinas e estágios apresentaram riqueza de conteúdos que, neste estudo, foram analisados e organizados em temas conforme a característica das informações. Tais temas se referiram aos aspectos relacionados à estrutura da cabeça e do pescoço, patologias fonoaudiológicas que poderiam ser decorrentes de acidentes e atividades de atenção primária à saúde que são favorecedoras de uma atuação preventiva. A organização



destas informações pode ser um ponto de partida para os docentes que, dentro de cada área, podem identificar uma proposta de atuação e contemplar as causas externas acidentais sob diferentes perspectivas. Se cada docente realizar essas ações em disciplinas ou estágios contribuirá com o processo final de formação de um profissional sensibilizado e capacitado para a atuação preventiva dos agravos à saúde.

O relato escrito dos docentes e discentes indicou recebimento de informações sobre acidentes, tanto em ambiente externo quanto no acadêmico, direcionadas para a cura e prevenção das seqüelas resultantes dessas causas. A metade dos participantes sinalizou a existência destes conteúdos durante a formação, o que pôde ser evidenciado na análise das ementas de disciplinas e estágios. Houve reconhecimento da importância do tema pelos dois segmentos, sendo esta uma oportunidade para otimizar atividades de prevenção de acidentes e de introduzir novos projetos de atuação e de investigação nas faculdades. A complementação dos documentos curriculares com fatores etiológicos dos acidentes, bem como a introdução de programas preventivos nos cursos reforçaria ainda mais uma ação nesta direção.

A consonância das informações obtidas nos documentos com as opiniões diversificadas trazidas pelos docentes e discentes mostraram a importância da utilização de mais de um método de coleta de dados na compreensão da realidade estudada. Embora a amostra de instituições participantes seja reduzida e não permita generalizações, sinaliza caminhos que poderiam ser trilhados por elas ou outras faculdades que possuem cursos de Fonoaudiologia ou de áreas afins. A iniciativa dos professores, com a participação constante dos alunos, pode contribuir para a educação de profissionais mais conscientes dos principais problemas de saúde pública. Tendo em vista que o corpo docente dos cursos é formado principalmente por fonoaudiólogos, como observado neste estudo, acredita-se que os futuros profissionais-docentes estarão preparados para trabalhar com a temática dos acidentes nas comunidades em que se inserirem como profissional e com seus alunos na atuação acadêmica.

Esta rede de formação pode igualmente levar um profissional capacitado a integrar equipes ministeriais e propor projetos de relevância nacional, visando a redução das morbidades e mortalidades procedentes das causas externas acidentais. Para os docentes, discentes e demais profissionais que porventura já realizam algo nesta direção, esta pesquisa reforça a importância da continuidade desta postura, ampliando as ações de ensino, pesquisa e extensão, assim como divulgando as experiências realizadas e os resultados obtidos.

## REFERÊNCIAS

O presente trabalho seguiu as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas- ABNT (2002) no que se refere à Informação e Documentação- Referências- Elaboração. O restante seguiu as Normas da ABNT no que se refere à Informação e Documentação- Apresentação de citações em documentos (2002).

ADEBAYO, E. T.; AJIKE, O. S.; ADEKEYE, E. O. Analysys of the pattern of maxillofacial fractures in Kaduna, Nigeria. *British Journal Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 41, p. 396-400, 2003.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. A educação dos profissionais de saúde na América latina: teoria e prática de um movimento de mudança. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 2, p. 139- 142, 2000.

ALVI, A.; DOHERTY, T.; LEWEN, G. Facial fractures and concomitant injuries in trauma patients. *Laryngoscope*, v. 113, n. 1, p. 102-106, 2003.

AMORIM, A. P. A.; KITTO, B. E. C.; MELLO, C. F.; SOLIMAN, E.; LOPES, J. G. M. Educando na saúde para a cidadania. In: CONGRESSO PAULISTA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 4., 2004, Marília. *Anais eletrônicos ...* Marília, 2004.

ANDRADE FILHO, E. F.; FADUL JR, R.; AZEVEDO, R. A.; ROCHA, M. A. D.; SANTOS, R. A.; TOLEDO, S. R.; CAPUCCI, A.; TOLEDO JR, R. F.; FERREIRA, L. M. Fraturas de mandíbula: análise de 166 casos. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 272-276, 2000.

ANDRADE FILHO, E. F.; MARTINS, D. M. F. S.; SABINO NETO, M.; TOLEDO JR, C. S.; PEREIRA, M. D.; FERREIRA, L. M.. Fraturas de côndilo mandibular: análise clínica retrospectiva das indicações e do tratamento. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 54-59, 2003.

ANDRADE, C. R. F. *A Fonoaudiologia preventiva: teoria e vocabulário técnico-científico*. São Paulo: Lovise, 1996.

ANDRADE, C. R. F. A. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia: ações coletivas e individuais. In: VIEIRA, R.M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C. R. B.; PEREIRA, L. D. *Fonoaudiologia e saúde pública*. Carapicuíba: Pró-Fono, 2000. p. 81-103.

ANSARI, M. H. Maxillofacial fractures in Hamedan, Iran: a retrospective study (1987-2001). *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 32, p. 28-34, 2004.

ANTUNES, M. L.; TESTA, J. R. G. Paralisia facial periférica traumática: achados clínico-cirúrgicos de 10 anos. *Acta Awho*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 39-41, 2000.

APRENDER SUS. In: OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO DE DOCENTES E DISCENTES DE FONOAUDIOLOGIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 1. Campinas: SBFa, 2006. Disponível em : <<http://www.cpqam.fiocruz.br/oficinasussbfa/pagina.htm>> Acesso em 02 de fev. de 2006.

ASSÊNCIO-FERREIRA, V. J. Acidente vascular encefálico. In: \_\_\_\_\_. *Neurologia e fonoaudiologia*. São José dos Campos: Pulso, 2003. p. 45-53.

AURÉLIO, S. R.; GENARO, K. F.; MACEDO FILHO, E. D. Análise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 68, n. 2, p. 167-173, 2002.

BAHRAM, R.; BURKE, J. E.; LANZI, G. L. Head and neck injury from a leopard attack: case report and review of the literature. *Journal of Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 247-249, 2004.

BAK, M. J.; DOERR, T. D. Craniomaxillofacial fractures during recreational baseball and softball. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 1209-1212, 2004.

BARBETTA, P. A. *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

BARDIN, L. Análise dos resultados num teste de associação de palavras: estereótipos e conotações. In: \_\_\_\_\_. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977a. p. 51- 57.

BARDIN, L. Análise de respostas a questões abertas: a simbólica do automóvel. In: \_\_\_\_\_. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977b. p. 59-63.

BENINCASA, M. M. A atuação fonoaudiológica nas disfagias por traumas de face. In: COLOQUIO MULTIDISCIPLINAR DE DEGLUTIÇÃO E DISFAGIA, 5., 2002. Disponível em: <[http://www.disfagia.anato.ufrj.br/coloquio\\_trab\\_sel\\_05.htm](http://www.disfagia.anato.ufrj.br/coloquio_trab_sel_05.htm)> Acesso em 20 de set. de 2004.

BERBERIAN, A. P. Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico. In: \_\_\_\_\_. BEHLAU, M. S. (Coord.). *Fonoaudiologia hoje*. São Paulo, 1995. p. 365-367.

BIANCHINI, E. M. G. Alterações da articulação têmporomandibular: abordagem fonoaudiológica. In: \_\_\_\_\_. ANDRADE, C. R. F.; MARCONDES, E.(Coord.). *Fonoaudiologia em pediatria*. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 23-44.

BIANCHINI, E. M. G. Traumas de face: atuação fonoaudiológica. In: *Comitê de Motricidade Oral da SBFa, Motricidade Oral: como atuam os especialistas*. São Paulo: Pulso, 2004. p.107-113.

BITTENCOURT, P. F. S.; CAMARGOS, P. A. M. Aspiração de corpos estranhos. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 78, n. 1, p. 9-18, 2002.

BLANK, D. Prevenção e controle de injúrias físicas: saímos ou não do século 20? *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 78, p. 84-86, 2002.

BOOLE, J. R.; HOLTEL, M.; AMOROSO, P.; YORE, M. 5196 mandible fractures among 4381 active duty army soldiers, 1980 to 1998. *Laryngoscope*, v. 111, n. 10, p. 1691-1696, 2001.

BRAGA, C.; PINHO, L. *Ivo viu a uva via Internet 1998*. Disponível em: <<http://www.facom.ufba.br/hipertexto/educa.html>>. Acesso em: 04 de mai. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Formação superior em saúde: tendências da graduação no período 1985/1991. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 9- 14, 1993.

BRASIL. Resolução n. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Política nacional de redução da mortalidade por acidentes e violências. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Declaração de alma-ata, carta de Ottawa. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Curso de especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. *Caderno do Especializando*, Rio de Janeiro, p. 3-6, 2005.

BRITO NETO, R.; KIOSHI, H.; AKAMI, A. Surdez súbita. *Seminários de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 14-18, 1999a.

BRITO NETO, R.; KIOSHI, H.; AKAMI, A. Estenose laríngea. *Seminários de otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 4- 13, 1999b.

BUCK, I. Trauma craniano: seqüelas neurológicas. *Jornal Paranaense de Pediatria*, v. 4, n. 1, p. 141, 2003.

CAMPOS, M. C. S. S. *Educação: agentes formais e informais*. São Paulo: EPU, 1985.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p.209-213, 1997.

CAPELLETTI, I. F. *A fonoaudiologia no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1985.

CAPELLETTI, I. F. O lugar onde o fonoaudiólogo “habita”. In: FERREIRA, L. P. (Org.). *O fonoaudiólogo e a escola*. São Paulo, 1991. p. 9-19.

CASSAVIA, C. S. P. Supervisão na clínica-escola de fonoaudiologia: um ensaio sobre os sentidos e significados. 1999. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1999.

CASTANHO, M. E. Professores de ensino superior da área da saúde e sua prática pedagógica. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 51-62, 2002.

CATANI, A.; OLIVEIRA, J. F.; DOURADO, L. F. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. *Revista Educação e Sociedade*, Campinas, v. 22, n. 75, p. 67- 83, 2001.

CAVALHEIRO, M. T. P. *Formação do fonoaudiólogo no Brasil: estrutura curricular e enfoque preventivo*. 1996. 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1996.

CIAMPO, L. A. D.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N.; BONILHA, L. R. C. M.; SANTOS, T. C. C. Acidentes de mordeduras de cães na infância. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 411-412, 2000.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS- 10- Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>> Acesso em: 11 set. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fonoaudiologia. In: ALMEIDA, M. (Org.). *Diretrizes curriculares para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Ed. Rede Unida, 2003. p. 45-49.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA. A fonoaudiologia inserida no novo conceito de saúde. *Revista de Fonoaudiologia*, São Paulo, n. 45, p. 12-14, 2002.

CONSTANTINO, D. R.; BUZOLLO, S. A.; TOLEDO, P. N. ASSENCIO-FERREIA, V. J. Possibilidade de atuação do fonoaudiólogo nos traumas de face: relato de caso. *Revista CEFAC*, v. 4, p. 187-190, 2002.

COX, D.; VINCENT, D. G.; MCGWIN, G.; MACLENNAN, P. A.; HOLMES, J. D.; RUE, L. W. Effect of restraint systems on maxillofacial injury in frontal motor vehicle collisions. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 697-701, 2004.

COZBY, P. C. Ética na pesquisa. In: \_\_\_\_\_. *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas, 2003. p. 51- 79.

DAL RI, N. Universidade e sociedade. In: SIMPÓSIO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS: PARADIGMAS DO CONHECIMENTO NO FINAL DO MILÊNIO, 3., 2001, Marília, *Anais...Marília: Unesp Publicações*, 2001. p. 3-7.

DANTAS FILHO, V. P.; FALCÃO, A. L. E.; SARDINHA, L. A. C.; FACURE, J. J.; ARAÚJO, S.; TERZI, R. G. G. Aspectos técnicos da monitorização da pressão intracraniana pelo método subaracnóideo no traumatismo craniocéfálico grave. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 895-900, 2001.

DANTAS FILHO, V. P., FALCÃO, A. L. E.; SARDINHA, L. A. C.; FACURE, J. J.; ARAUJO, S.; TERZI, R. G. G. Fatores que influenciaram a evolução de 206 pacientes com traumatismo craniocéfálico grave. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 62, n. 2a, p. 313-318, 2004.

DAVINI, M. C. Currículo integrado. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde*. Brasília, 1994. p. 39-48.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 185-191, 2002.

DIÓGENES, S. Deficiências auditivas adquiridas. In: \_\_\_\_\_. PINHEIRO, S. D.; FREITAS, M. R.; NUNES, A. A. A. *Otorrinolaringologia para a graduação*. Fortaleza: Editora UFC, 2002. p. 193- 205.

DOLL JR, W. R. *Currículo: uma perspectiva pós-moderna*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

DRACHENBERG, H. B.; DOLCI, I. A. *Aventuras pedagógicas com a psicologia*. São Paulo: Edicon, 1996.

ELLIS, E.; THROCKMORTON, G. Facial symmetry after closed and open treatment of fractures of the mandibular condylar process. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 58, p. 719-728, 2000.

EMSHOFF, R.; SCHONING, H.; ROTHLER, G.; WALDHART, E. Trends in the incidence and cause of sport-related mandibular fractures: a retrospective analysis. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 55, p. 585-592, 1997.

EROL, B.; TANRIKULU, R.; GÖRGÜN, B. Maxillofacial fractures: analysis of demographic distribution and treatment in 2901 patients (25 year experience). *Journal of Cranio Maxillofacial Surgery*, v. 32, p. 308-313, 2004.

FAGUNDES, A. J. S. M. *Descrição, definição e registro de comportamento*. São Paulo: Edicom, 1999.

FAJARDO, A. P.; RAUPP, B.; DIERCKS, M.; WEBSTER, M.; PEKELMAN, R. As práticas educativas dos profissionais de saúde do serviço de saúde comunitária. *Momento e Perspectiva em Saúde*, Porto Alegre, v.11, n.1, p.58-62, 1998.

FALOSA, A. O.; NYAKO, E. A.; OBIECHINA, A. E.; AROTIBA, J. T. Trends in the characteristics of maxillofacial fractures in Nigéria. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 61, p. 1140-1143, 2003.



FERNANDES, S. V. Nasal fractures: the taming of the shrewd. *Laryngoscope*, v. 114, n. 3, p. 587-592, 2004.

FERRAZ, I. C. B.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. NASCIMENTO, E. N. Educação para prevenção de acidentes infantis em unidades do programa de saúde da família: um estudo preliminar. In. CONGRESSO PAULISTA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 4., 2004, Marília. *Anais eletrônicos...Marília*, 2004.

FERREIRA, A. B. H. *Minidicionário de língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1993.

FERREIRA, P.; MARQUES, M.; PINHO, C.; RODRIGUES, J.; REIS, J.; AMARANTE, J. Midfacial fractures in children and adolescents: a review of 492 cases. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 42, p. 501-505, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 18-24, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H.; RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 36-48, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências da UNI. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

FIGUEIREDO, R. R; DORF, S.; COURI, M. S.; AZEVEDO, A.; MOSSUMEZ, F. Corpos estranhos em otorrinolaringologia. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 68, n. 5, p. 722-728, 2002.

FISCHLIM, C. R. M. *A formação do fonoaudiólogo: a trajetória da puc 1962-1991*. 1993. 133f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

FONSECA, A. L. N. A universidade em uma sociedade em transformação. *Revista de Educação*, Campinas, v. 3, n. 6, p. 52-53, 1999.

FRANÇOIS, T. C. P. Fonoaudiologia em reabilitação. In: \_\_\_\_\_. FREIRE, E. *Trauma: a doença do século 2*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 2903-2922.

GANDELMANN; MEDEIROS; BOGHOSSIAN. Fraturas da face. In: \_\_\_\_\_. FREIRE, E. *Trauma: a doença do século*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 1295-1309.

GASSNER, R.; TULI, T.; HACHL, O.; RUDISCH, A.; ULMER, H. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year of 9543 cases with 21067 injuries. *Journal of Cranio Maxillofacial Surgery*, v. 31, p. 51-61, 2003.

GASSNER, R.; TULI, T.; HACHL, O.; MOREIRA, R.; ULMER, H. Craniomaxillofacial trauma in children: a review of 3, 385 cases with 6, 060 injuries in 10 years. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 3999-4007, 2004.

GIACOMINI, M. P. M. *O momento inaugural da clínica fonoaudiológica no cenário universitário*. 2000. 115f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos de Linguagem)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

GIL, A. C. Questionário. In: \_\_\_\_\_. *Métodos e técnicas da pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999a. p. 128- 138.

GIL, A. C. Pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. *Métodos e técnicas da pesquisa social*. São Paulo, 1999b. p 42-48.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; OLIVEIRA, R. A.; NASCIMENTO, E. N.; GONSALES, T. P. Atividades psicomotoras com crianças em instituição educativa por parte de graduandos de Fonoaudiologia: expectativas e apreciações discentes. In. JORNADA DE FONOAUDIOLOGIA, 11., 2005, Marília. *Anais...Marília*, 2005. p. 41.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. NASCIMENTO, E. N. Educação para prevenção de acidentes infantis em unidades básicas de saúde: realidade e possibilidades. In. CONGRESSO PAULISTA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 4., 2004, Marília. *Anais eletrônicos...Marília*, 2004.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; GERMANO, G. D.; OLIVEIRA, R. A. Ações educativas para prevenção de acidentes infantis em unidades básicas de saúde: coletando subsídios para sua elaboração. In: SIMPOSIO DE FILOSOFIA E CIENCIA: UNIVERSIDADE E CONTEMPORANEIDADE- PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, 6., 2005, Marília, *Anais eletrônicos...Marília*, 2005.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; NASCIMENTO, D. C.; OLIVEIRA, R. A. Relato de profissionais sobre ocorrências e características dos riscos de acidentes em berçário municipal. In: SIMPOSIO DE FILOSOFIA E CIENCIA: UNIVERSIDADE E CONTEMPORANEIDADE- PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, 6., 2005, Marília, *Anais eletrônicos...*Marília, 2005.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; OLIVEIRA, R. A. Buscando estratégia de ensino que integre teoria e prática em disciplina da fonoaudiologia. In: ZORZETO, N.L.; CAPELLINI, S. A. Livro da VI jornada de fonoaudiologia da Unesp de Marília “Dra Célia Giacheti”. Marília: UNESP, 2000. p. 69-80.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; OLIVEIRA, R. A. Contribuição de uma estratégia de ensino para o desenvolvimento humano: análise de discentes de fonoaudiologia. In: SIMPÓSIO EM FILOSOFIA E CIÊNCIA, 5.; 2003, Marília, *Anais eletrônicos...*Marília, 2003.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; OLIVEIRA, R. A.; NASCIMENTO, E. N. Contribuições de uma estratégia de ensino para o curso de fonoaudiologia, e vice versa, e para a integração entre alunos da disciplina: percepção discente. In: CONGRESSO NACIONAL DA ÁREA DA EDUCAÇÃO, 2.; EDUCERE, 4.; 2004, Curitiba, *Anais eletrônicos...*Curitiba, 2004.

GOMES, C. F. *O aleitamento materno e a fonoaudiologia: tendências curriculares e opiniões de docentes e discentes*. 2002. 185 f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2002.

GOMES, C.F.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Reflexão acerca da estrutura curricular dos cursos de graduação em fonoaudiologia e o ensino do aleitamento materno. In: SIMPÓSIO EM FILOSOFIA E CIÊNCIA DA UNESP, 4., 2001, Marília, *Anais...*Marília, 2001. p. 240.

GOMES, C. F.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Fonoaudiologia e aleitamento materno: opiniões e práticas de docentes e discentes. *Revista Fonoaudiologia Brasil*, Brasília, v. 2, n. 4, p. 16-28, 2003.

GOMES, J. B.; CASAGRANDE, L. D. R. A educação reflexiva na pós modernidade: uma revisão bibliográfica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 696-176, 2002.

GUEDES, Z. C. F. Paralisia facial. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA, 4., ENCONTRO IBERO AMERICANO DE FONOAUDIOLOGIA, 3., 1999, São Paulo, *Anais...*São Paulo: SBFa, 1999. p. 438.

GÜNTHER, H. *Como elaborar um questionário*. Brasília: UnB, 2003.

HOLMES, P. J.; KOEHLER, J.; MCGWIN, G.; RUE, L.W. Frequency of maxillofacial injuries in all-terrain vehicle collisions. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 697-701, 2004.

HOLMGREN, E. P.; DIERKS, E. J.; HOMER, L. D.; POTTER, B. E. Facial computed tomography use in trauma patients who require a head computed tomogram. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 913-918, 2004.

HORIBE, E. K.; PEREIRA, M. D.; FERREIRA, L. M.; ANDRADE FILHO, E. F.; NOGUEIRA, A. Perfil epidemiológico de fraturas mandibulares tratadas na universidade federal de São Paulo- escola paulista de medicina. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 417-421, 2004.

HULL, A. M.; LOWE, T.; DEVLIN, M.; FINLAY, P.; KOPPEL, D.; STEWART, A. M. Psychological consequences of maxillofacial trauma: a preliminary study. *British Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, v. 41, p. 317-322, 2003.

IIDA, S.; MATSUYA, T. Paediatric maxillofacial fractures: their aetiological characters and fracture patterns. *Journal of Cranio Maxillofacial Surgery*, v. 30, p. 237-241, 2002.

IIDA, S.; HASSFELD, S.; RETHER, T.; SCHWEIGERT, H. G.; HAAG, C.; KLEIN, J.; MUHLING, J. Maxillofacial fractures resulting from falls. *Journal of Cranio Maxillofacial Surgery*, v. 31, p. 278-283, 2003.

INSTAT. Software version 3.0, 32 bits for win 95/nt: graphpad software, inc, dec. 1997

IORIO, M. C. M. Currículo do curso de fonoaudiologia da escola paulista de medicina. In: VIEIRA, R.M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C. R. B.; PEREIRA, L. D. *Fonoaudiologia e saúde pública*. Carapicuíba: Pró-fono, 1995. p. 187-195.

ISHMAN, S. L.; FRIEDLAND, D. R. Temporal bone fractures: traditional classification and clinical relevance. *Laryngoscope*, v. 114, n. 10, p. 1734-1741, 2004.

IUNES, R. F. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 38-46, 1997.

JACOBS, M. J. E.; EDMONDSON, M. J.; LOWRY, J. C. Accuracy of diagnosis of fractures by maxillofacial and accident and emergency doctors using plain radiography compared with a telemedicine system: a prospective study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 40, p. 156-162, 2002.

JERGER, S. Trauma. In: \_\_\_\_\_. *Alterações auditivas: um manual para avaliação clínica*. São Paulo: Atheneu, 1989, p. 191-200.

KIESER, J.; STEPHENSON, S.; LISTON, P. N.; TONG, D. C.; LANGLEY, J. D. Serious facial fractures in New Zealand from 1979 to 1998. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 31, p. 206-209, 2002.

KIM, M. K.; BUCKMAN, R.; SZEREMETA, W. Penetrating neck trauma in children: as urban hospital's experience. *Otolaryngology Head Neck Surgery*, v. 123, p. 439-443, 2000.

KOIZUMI, M. S.; LEBRÃO, M. L.; MELLO-JORGE, M. H. P.; PRIMERANO, V. Morbimortalidade por traumatismo crânio-encefálico no município de São Paulo, 1997. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 58, n.1, p. 81-89, 2000.

KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P.; NOBREGA, L. R. B.; WATERS, C. Crianças internadas por traumatismo crânio-encefálico, no Brasil, em 1998: causas e prevenção. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 10, n. 2, p. 93-101, 2001.

KOMATSU, R. S. Educação médica responsabilidade de quem? em busca dos sujeitos da educação do novo século. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 55-61, 2002.

KOMATSU, R. S. *Aprendizagem baseada em problemas na faculdade de medicina de Marília: sensibilizando o olhar para o idoso*. 2003. 234 f. Tese (Doutorado em Educação)- Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2003.

KRAUS, J. F.; RICE, T.; PEEK-ASA, C.; ARTHUR, D. L. Facial trauma and the risk of intracranial injury in motorcycle riders. *Annals of Emergency Medicine*, v. 41. n. 1, p. 18-26, 2003.

KUTTENBERGER, J. J.; HARDT, N.; SCHLEL, C. Diagnosis and management of laryngotracheal injuries associated with facial fractures. *Journal of Cranio Maxillofacial Surgery*, v. 32, p. 80-84, 2004. M

LACERDA, E. T. *Do ser aluno ao ser profissional: a importância da relação na terapia fonoaudiológica*. São Paulo: Memnon, 1993.

LASKI, R.; ZICCARDI, V. B.; BRODER, H. L.; JANAL, M. Facial trauma: a recurrente disease? the potential role of disease prevention. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 685-688, 2004.

LAURENTI, R. Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10 revisão da classificação internacional de doenças. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 4, p.55-58, 1997.

LAZARINI, P. R.; FERNANDES, A. M. F.; BRASILEIRO, V. S. B.; CUSTÓDIO, S. E. V. Paralisia facial periférica por comprometimento do tronco cerebral: a propósito de um caso clínico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 140-144, 2002.

LÈFEVRE, F.; LÈFEVRE, A. M. C. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. LÈFEVRE, F.; LÈFEVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. p. 11- 35.

LENTO, J.; GLYNN, S.; SHETTY, V.; ASARNOW, J.; WANG, J.; BELIN, T, R. Psychologic functioning and needs of indigent patients with facial injury: a prospective controlled study. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 925-932, 2004.

LIBÂNEO, J. C. *Adeus professor, adeus professora? novas exigências educacionais e prática docente*. São Paulo: Cortez, 1998.

LINDEN, W. J. V. D.; DENT, M. Dislocated fracture of the mandibular condylar process after airbag deployment: report of a case. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 60, p. 113-115, 2002.

LONG, X. CHENG, Y.; LI, X.; LI, H.; HU, S. Arteriovenous fistula after mandibular condylar fracture. *Journal Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 1557-1558, 2004.

MACHADO, J. L. M.; CALDAS JR, A. L.; BORTONCELLO, N. M. F. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 147- 151, 1997.

MADEIRA, M. C. *Anatomia da face: bases anatomo-funcionais para a prática odontológica*: Sarvier, 2001.

MANTOAN, M. T. E. Ensinando a turma toda. *Revista Pátio Pedagógica*, Porto Alegre, v. 5, n. 20, p. 18-28, 2002.

MANZINI, E. J. *Algumas diferenças e semelhanças entre questionário e entrevista: vantagens ou desvantagens?* Marília: Unesp, 2004a. 3 transparências. p & b, 39 cm x 15 cm.

MANZINI, E. J. *Entrevista: definição e classificação*. Marília: Unesp, 2004b. 3 transparências. p & b, 39 cm x 15 cm.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Org.). *Colóquios sobre pesquisas em educação especial*. Londrina: EDUEL, 2003. p. 11- 25.

MARCELINO, F. M.; DE VITTO, L. P. M.; PIOVESANA, A. M. S. G. Desempenho do aspecto lexical em crianças com paralisia cerebral diplégica. In: JORNADA DE FONOAUDIOLOGIA DA UNESP DE MARÍLIA, 8., 2002, Marília, *Anais...*Marília: Unesp Publicações, 2002. p. 54-55.

MARCHI, J. A.; STEUER, F.; SILVA, M. A. A.; SILVA, F. L. C. Relato de caso: disfonia pós-trauma de laringe. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA, 4., ENCONTRO IBERO AMERICANO DE FONOAUDIOLOGIA, 3., 1999, São Paulo, *Anais...*São Paulo: SBFa, 1999. p. 299.

MARKER, P.; NIELSEN, A.; BASTIAN, H. L. Fractures of the mandibular condyle-part 1- patterns of distribution of types and causes of fractures in 348 patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 38, p. 417-421, 2000.

MARTIN, R. J.; CAREY, V. M.; PHILBERT, R. F.; CARTER, J. B. Prevention of haematomas after auricular injuries. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 38, p. 238-240, 2000.

MASSON, L. V. M. *É melhor prevenir ou remediar?* um estudo sobre a construção do conceito de prevenção em fonoaudiologia. 1995. 141f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da comunicação)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

MATOS, P.; SABOYA, E.; ARAÚJO, C. Sequela comportamental pós-traumatismo craniano. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 60, n. 2, p. 319-323, 2002.

MAZZAFERA, L. B. Pares cranianos. In: \_\_\_\_\_. *Manual de semiologia neurológica*. Brasília: SER, 1996. p. 52-67.

MCKENNAN, K. X.; CHOLE, R. A. Facial paralysis in temporal bone trauma. *American Journal of Otology*, v. 13, n. 2, p. 167-172, 1992.

MELLO JORGE, M. H. P. ; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. O. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 5-25, 2000.

MELO, J. R.; SILVA, R. A.; MOREIRA JUNIOR, E. D. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 711-715, 2004.

MELO, P. E. D. Intervenção fonoaudiológica em pacientes queimados. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA, 4., ENCONTRO IBERO AMERICANO DE FONOAUDIOLOGIA, 3., 1999, São Paulo, *Anais...*São Paulo: SBFa, 1999. p. 305.

MENDES, D.; VIANNA, R. D. A. Educação em saúde: tendência atual. In: VIEIRA, R.M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C. R. B.; PEREIRA, L. D. *Fonoaudiologia e saúde pública*. Carapicuíba: Pró-fono, 2000. p. 57-79.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239- 262, 1993.

MIRASHI, D. D. E. *Transformação e formação: o aluno fonoaudiológico*. 2000. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

MITCHELL, R. B.; NANEZ, G.; WAGNER, J.; KELLY, J. Dog bites of the scalp, face and neck in children. *Laryngoscope*, v. 113, n. 3, p. 492-495, 2003.

MOTAMEDI, M. H. K. Na assessment of maxillofacial fractures: a 5-year study of 237 patients. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 61, p. 61-64, 2003.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C.; PAINE, P. A. *Manual de elaboração de projeto de pesquisa*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

NASCIMENTO, E. N.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Envolvimento de graduandos de fonoaudiologia em situações acidentais: de educador a espectador e vítima. In: SIMPOSIO DE FILOSOFIA E CIENCIA: UNIVERSIDADE E CONTEMPORANEIDADE-PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, 6., 2005, Marília, *Anais eletrônicos...*Marília, 2005.



NASCIMENTO, E. N.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. OLIVEIRA, R. A. A formação fonoaudiológica em relação aos acidentes humanos: um estudo preliminar das opiniões de graduandos. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUDESTE, 7., 2001, Belo Horizonte, *Anais eletrônicos...*Belo Horizonte, 2005.

NOETZEL, M. J.; MILLER, G. Lesão traumática cerebral como causa da paralisia cerebral. In: MILLER, G.; CLARK, G. G. *Paralisias cerebrais: causas conseqüências e conduta*. São Paulo: Manole, 2002. p. 203-229.

OGUNDARE, B. O.; BONNICK, A.; BAYLEY, N. Pattern of mandibular fractures in an urban major trauma center. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 61, p. 713-718, 2003.

OKIDA, Y.; VIEIRA, R.M. Os cursos de fonoaudiologia no Brasil. In: VIEIRA, R.M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C. R. B.; PEREIRA, L. D. *Fonoaudiologia e saúde pública*. Carapicuíba: Pró-fono, 1995. p. 35-42.

OLASOJI, H. O.; TAHIR, A.; AROTIBA, G. T. Changing picture of facial fractures in northern Nigéria. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 40, p. 140-143, 2002.

OLIVEIRA, E.; ENS, R. T.; ANDRADE, D. B. S. F.; MUSSIS, C. R. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. *Revista Diálogo Educacional*, Curitiba, v. 4, n.9, p. 11-27, 2003.

OLIVEIRA, M. H. M. A.; GARGANTINI, M. B. M. Universidade e fonoaudiologia. In: LAGROTTA, M. G. M.; CESAR, C. P. H. A. R. *A fonoaudiologia nas instituições*. São Paulo: Lovise, 1997. p. 105-110.

OLIVEIRA, R. A. *Educação infantil e acidentes: opiniões dos profissionais e caracterização dos riscos do ambiente educativo*. 2003. 177f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2003.

OLIVEIRA, R. A.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Queimaduras em pré-escolares e escolares: subsídios para ações educativas do fonoaudiólogo com professores e alunos. In: JORNADA DE FONOAUDIOLOGIA DA UNESP DE MARÍLIA, 8., 2002, Marília, *Anais...*Marília: Unesp Publicações, 2002. p. 32-33.

ORT, S.; BEUS, K.; ISAACSON, J. Pediatric temporal bone fractures in a rural population. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, v. 131, v. 4, p. 433- 437, 2004.

PATROCÍNIO, L. G.; SILVEIRA, G. C.; PATROCÍNIO, T. G.; PATROCÍNIO, J. A. Avaliação de necessidades para um currículo de otorrinolaringologia na graduação. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 107-111, 2002.

PENTEADO, R. Z.; SERVILHA, E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Revista Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 107-116, 2004.

PINNA, B. R.; TESTA, J. R. G.; FUKUDA, Y. Estudo de paralisias faciais traumáticas: análise de casos clínicos e cirúrgicos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 70, n. 4, p. 479-482, 2004.

PINTO, F. R.; DURAZZO, M. D.; CORDEIRO, A. C.; FERRAZ, A. R. Corpo estranho perforante cervical: relato de caso. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 77-80, 2000.

PIRES, D. B. Disciplina: construção da disciplina consciente e interativa. *Revista Educação e Sociedade*, v. 20, n. 66, p. 181-185, 1999.

PLAISIER, B. R.; PUNJABI, A. P.; SUPER, D. M.; HAUG, R. H. The relationship between facial fractures and death from neurologic injury. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 58, p. 708-712, 2000.

PRETI, D.; URBANO, H. *A linguagem falada culta na cidade de São Paulo*. São Paulo: Quero, 1988.

PUCINI, R. F. Saúde pública: histórico e conceitos básicos. In: VIEIRA, R.M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C. R. B.; PEREIRA, L. D, R.M. *Fonoaudiologia e saúde pública*. Carapicuíba: Pró-fono, 1995. p. 03-21.

REA, L. M.; PARKER, R. A. Desenvolvendo perguntas para pesquisas. In: \_\_\_\_\_. *Metodologia de pesquisa: do planejamento a execução*. São Paulo: Pioneira, 2000a. p. 57- 75.

REA, L. M.; PARKER, R. A. Projetando questionários eficientes. In: \_\_\_\_\_. *Metodologia de pesquisa: do planejamento a execução*. São Paulo: Pioneira, 2000b. p. 39- 56.

REDE UNIDA. Capacitar para interagir. *Boletim*, ano 3, n. 2, 1999.

REBELLATO, N. L. B. *Análise epidemiológica das fraturas faciais em um serviço da cidade de Curitiba-PR, de janeiro de 1986 a dezembro de 2000*. Tese (Doutorado em Clínica Odontológica)- Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2003.

RICHARDSON, R. J. Métodos quantitativos e qualitativos. In: \_\_\_\_\_. *Pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1989. p. 29-48.

RODRIGUES, R. N.; SILVA, A. A. A. Sonolência diurna excessiva pós-traumatismo de crânio: associação com movimentos periódicos de pernas e distúrbio de comportamento do sono rem. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 656-660, 2002.

ROSSETTO, E. G.; KIKUCHI, E. M.; LIMA, J. V. C.; GUARIENTE, M. H. D. M.; TAKAHASHI, O. C.; HIRAZAWA, S. A. Avaliação do processo de ensino e aprendizagem. In: DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. *O currículo integrado do curso de enfermagem da universidade estadual de londrina: do sonho à realidade*. São Paulo: HUCITEC, 2005. p. 59- 84.

RUMMEL, J. F. Técnicas de questionário e de correspondência para a coleta de dados. In: \_\_\_\_\_. *Introdução aos procedimentos de pesquisa em educação*. Porto Alegre, 1981. p. 102-150.

RUSSO, I. C. P.; SANTOS, T. M. M. Caracterização audiológica das principais patologias do ouvido. In: \_\_\_\_\_. *A prática da audiologia clínica*. São Paulo, 1993. p. 213- 253.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE. P. 233-243. Texto de apoio elaborado para o curso de especialização em desenvolvimento de recursos humanos de saúde\_CADRHU. Disponível em: [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/ACF2114.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf) >Acesso em: 25 ago. 2005.

SANTO, A. C. G. E.; LIMA NETO, J. S.; AMORIM, R. C.; OLIVEIRA, P. F. S. Experiência multiprofissional de promoção da saúde em um bairro da periferia de Recife. In: CONGRESSO PAULISTA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 4., 2004, Marília. *Anais eletrônicos...*Marília, 2004.

SANTOS, G. R.; SILVA, R. G. Encefalopatia crônica infantil não progressiva: manifestações e abordagens terapêuticas fonoaudiológicas. In: JORNADA DE FONOAUDIOLOGIA DA UNESP DE MARÍLIA, 8., 2002, Marília, *Anais...*Marília: Unesp Publicações, 2002. p. 55-56.

SANTOS, S.R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 75, n. 6, p. 401-406, 1999.

SCHON, R.; ROVEDA, S. I. L.; CARTER, B. Mandibular fractures in Townsville, Austrália: incidence, aetiology and treatment using the 2.0 ao/asif miniplate system. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 39, p. 145-148, 2001.

SENO, M. P. Resultados do exame eletroneistagmográfico em pacientes pós traumatismo craniano. In: JORNADA DE FONOAUDIOLOGIA DA UNESP DE MARILIA, 8., 2002, Marília, *Anais...*Marília: Unesp Publicações, 2002. p. 11

SHEPERD, R. S.; ZICCARD, V. B.; LIVINGSTON, D.; LAVERY, R. Trauma from tire and rim explosions: a retrospective analysis. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 32-38, 2004.

SHERE, J. L.; BOOLE, J. R.; HOLTEL, M. R.; AMOROSO, P. J. An analysis of 3599 midfacial and 1141 orbital blowout fractures among 4426 United States army soldiers, 1980-2000. *Otolaryngology Head Neck Surgery*, v. 130, p. 164-170, 2004.

SIDLE, D. M.; ALTMAN, K. W. The contralateral injury in blunt laryngeal trauma. *Laryngoscope*, v. 112, n. 9, p. 1696-1698, 2002.

SILVA, R. G. *Disfagia neurogênica em adultos pós acidente vascular encefálico: identificação e classificação*. São Paulo, 1997, (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana)- Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1997.

SOARES, M. T. S. N. B.; SERVILHA, E. A. M. *Fonoaudiologia no serviço público: relato de experiências*. Carapicuíba: Pró-Fono, 1994.

SOBRINHO, F. P. G.; JARDIM, A. M. B.; SANT´ANA, I. C.; LESSA, H. A. Corpo estranho na nasofaringe: a propósito de um caso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 120-123, 2004.

SUHR, M.; KREUSCH, T. Burn injuries resulting from (accidental) airbag inflation. *Journal of Cranio Maxillofacial Surgery*, v. 32, p. 35-37, 2004.

TEIXEIRA, V. R. V. *Formação do fonoaudiólogo: avaliação discente em supervisão*. 2004. 126f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

TESTA, J. R. G.; MUNHOZ, M. S. L.; SUAREZ, R. Paralisia facial pós-trauma crânio-encefálico: estudo clínico cirúrgico. *Acta Awho*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 125-127, 1991.

THOMPSON, E. C.; PORTER, J. M.; FERNANDEZ, L. G.; Penetrating neck trauma: an overview of management. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 60, p. 918-923, 2002.

THROCKMORTON, G. S.; ELLIS, E.; HAYASAKI, H. Jaw kinematics during mastication after unilateral fractures of the mandibular condylar process. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, v. 124, n. 6, p. 695-707, 2003.

TOLEDO, P. N. Abordagem fonoaudiológica em pacientes com seqüela de queimadura inalatória atingindo vias aéreas superiores. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA, 4., ENCONTRO IBERO AMERICANO DE FONOAUDIOLOGIA, 3., 1999, São Paulo, *Anais...*São Paulo: SBFa, 1999. p. 305.

TORALLES-PEREIRA, M. L.; RIBEIRO, A. Ética, ciência e universidade: entrevista com Roberto Romano. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 6, n.10, p. 97-110, 2002.

TOUMA, B. J.; RAMADAN, H. H.; BRINGMAN, J. J. RODMAN, S. Maxillofacial injuries caused by all-terrain vehicle accidents. *Otolaryngology Head Neck Surgery*, v. 121, p. 736-739, 1999.

TRAWITZKI, L. V. Traumas de face: atuação fonoaudiológica em equipe hospitalar. In: *Comitê de Motricidade Oral da SBFa, Motricidade Oral- como atuam os especialistas*. São Paulo: Pulso, 2004. p. 99-106.

TRENCHÉ, M. C. B. Currículo do curso de fonoaudiologia da PUC-SP implantado em 1997. *Revista Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 10, n.2, p. 245-250, 1999.

TRIVINÕS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_ *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987a. 116-173.

TRIVINÕS, A. N. S. Alguns temas no desenvolvimento de uma pesquisa. In: \_\_\_\_\_. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987b. p. 91-115

TULLIO, A.; SESENNA, E. Role of surgical reduction of condylar fractures in the management of panfacial fractures. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 38, p. 472-476, 2000.

UEECK, B. A.; DIERKS, E. J.; HOMER, L. D.; POTTER, B. Patterns of maxillofacial injuries related to interaction with horses. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, v. 62, p. 693-696, 2004.

VENTURELLI, J. Os aspectos educacionais na reforma da educação nas profissões da saúde. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. *A educação dos profissionais de saúde da América latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Londrina: EDUEL, 1999. p. 145-164.

VIEIRA, J. E.; LOPES JR, A.; BASILE, M. A.; MARTINS, M. A. Identificação das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina pelos alunos da universidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 96- 103, 2003.

WANG, L. F.; TAI, C. F.; LEE, K. W.; HO, K. Y.; KUO, W. R. Delayed removal of a fully intruded tooth in the nasal cavity after facial trauma: a case report. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, v. 131, p. 330-331, 2004.

WECHSLER, R. Universidade, serviços de saúde e a comunidade: o papel dos programas de integração docente-assistenciais. In: VIEIRA, R.M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C. R. B.; PEREIRA, L. D. *Fonoaudiologia e saúde pública*. Carapicuíba: Pró-fono, 1995. p. 35-42.

WOLFF, R. P. *O ideal da universidade*. São Paulo: Unesp, 1993.

YAREMCHUK, K.; DOBIE, R. A. Otologic injuries from airbag deployment. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, v. 125, p. 130-134, 2001.

**APÊNDICE A:** Roteiro para entrevista com discentes do quarto ano de Fonoaudiologia



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
 Campus de Marília

Faculdade de Filosofia e Ciências

**I- Roteiro de entrevista semi-estruturada**

- 1- Para você o que são acidentes?
- 2- Poderia dar algum exemplo?
- 3- Você acha este assunto importante?
- 4- Por quê?
- 5- Você já presenciou algum acidente?
- 6- Quantas vezes?
- 7- Quando ocorreu?
- 8- Onde ocorreu?
- 9- Como aconteceu?
- 10- Envolveu qual (is) pessoa (s)?
- 11- Houve algum tipo de consequência física, emocional e/ou social?
- 12- Qual (is)?
- 13- Você já se acidentou alguma vez?
- 14- Quantas vezes?
- 15- Quando ocorreu?
- 16- Onde ocorreu?
- 17- Como aconteceu?
- 18- Outras pessoas estiveram envolvidas?
- 19- Quais?
- 20- Houve algum tipo de consequência física, emocional e/ou social?
- 21- Como foi para você ter se acidentado?
- 22- Para você, o que facilita a ocorrência dos acidentes humanos?
- 23- Quais medidas poderiam ser adotadas para diminuir esses acidentes?
- 24- Por quê?
- 25- Na sua opinião, quem poderia realizar atividades relativas aos acidentes?
- 26- Por quê?
- 27- Que tipo de atividade deveria ser realizada?
- 28- Onde?
- 29- Para quem as atividades deveriam ser direcionadas?
- 30- Você já realizou alguma atividade relativa aos acidentes?
- 31- Qual tipo de atividade realizou?
- 32- Quando foi realizada?
- 33- Onde foi realizada?
- 34- Para quem foi direcionada?
- 35- O que achou desta experiência?
- 36- Para você existe alguma relação entre a fonoaudiologia e os acidentes humanos?
- 37- Qual relação você acredita haver?
- 38- Há no seu curso de fonoaudiologia alguma atividade curricular e/ou extracurricular (disciplina, estágio, pesquisa, etc) que contempla este conteúdo?
- 39- Qual (is)?

- 40- O que é abordado?
- 41- Como é abordado?
- 42- Você acha importante?
- 43- Por quê?
- 44- Você já obteve alguma informação fora da universidade que tratasse sobre os acidentes humanos?
- 45- Onde?
- 46- Em qual meio de comunicação? (TV, rádio, jornal, folheto, palestra, curso, etc)
- 47- Qual informação foi recebida?
- 48- O que achou desta informação?
- 49- Na sua opinião, o conteúdo dos acidentes humanos poderia ser inserido no currículo do curso de fonoaudiologia?
- 50- Por quê?
- 51- Em qual momento (ano, semestre, atividade) do curso?
- 52- De que forma poderia ser abordado?
- 53- Há algum comentário ou sugestão?

## **II- Dados de identificação do respondente**

- 1- Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 2- Nome \_\_\_\_\_
- 3- Sexo ( ) F ( ) M
- 4- Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 5- Instituição em que está matriculado \_\_\_\_\_
- 6- Ano do curso \_\_\_\_\_
- 7- Semestre do curso \_\_\_\_\_



**APÊNDICE B: Questionário para docentes****QUESTIONÁRIO**

I- As questões a seguir são referentes às informações recebidas sobre o tema “acidentes: causas externas de lesão humana”. Por favor, assinale com um X no retângulo à frente da(s) alternativa(s) escolhida(s) e descreva quando for o caso:

1) Você já recebeu alguma informação sobre acidentes?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Se a resposta foi “não”, por favor, passe para a questão número 5.

2) Qual(is) informação(ões) você recebeu?

Epidemiologia	<input type="checkbox"/>
Prevenção	<input type="checkbox"/>
Primeiros socorros	<input type="checkbox"/>
Reabilitação	<input type="checkbox"/>
Outra(s). Especificar abaixo	<input type="checkbox"/>

3) De que forma foi(ram) recebida(s)?

Aula(s) expositiva(s)	<input type="checkbox"/>
Curso(s)	<input type="checkbox"/>
Estágio(s)	<input type="checkbox"/>
Experiência pessoal	<input type="checkbox"/>
Experiência profissional	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>
Jornada(s)	<input type="checkbox"/>
Livros(s)	<input type="checkbox"/>
Palestra(s)	<input type="checkbox"/>
Panfleto(s)	<input type="checkbox"/>
Pesquisa	<input type="checkbox"/>
Rádio	<input type="checkbox"/>
Revista(s)	<input type="checkbox"/>
Televisão	<input type="checkbox"/>
Outra(s). Especificar abaixo	<input type="checkbox"/>

4) Onde foi(ram) recebida(s)?

Auto-escola	
Escola	
Graduação	
Hospital	
Local de lazer	
Local de trabalho	
Pós-graduação	
Residência	
Unidade Básica de Saúde (UBS)	
Unidade de Saúde da Família (USF)	
Outra(s). Especificar abaixo	

**II- As questões a seguir são referentes às opiniões acerca do tema “acidentes: causas externas de lesão humana”. Por favor, assinale com um X no retângulo à frente da(s) alternativa(s) escolhida(s) e descreva quando for o caso:**

5) Para você os acidentes são:

Eventos inesperados	
Eventos inevitáveis	
Eventos que causam morte	
Eventos que trazem conseqüência emocional	
Eventos que trazem conseqüência física	
Eventos que trazem conseqüência funcional	
Eventos que trazem conseqüência social	
Outro(s). Especificar abaixo	

6) Para você o que facilita a ocorrência de um acidente?

Cansaço físico	
Cansaço mental	
Crenças	
Deixar de fazer algo que impeça o acidente	
Distração	
Estresse	
Falta de habilidade ao exercer alguma ação	
Falta de orientação	
Fatalidades	
Imprudência	
Ingestão de bebidas alcoólicas	
Ingestão de drogas	
Riscos ambientais	
Sono	

Outro(s). Especificar abaixo	

7) Na sua opinião, qual(is) profissional(ais) poderia(m) realizar atividade(s) de reabilitação relacionada(s) à(s) seqüela(s) causadas(s) pelos acidentes?

Dentista	
Enfermeiro	
Fisioterapeuta	
Fonoaudiólogo	
Médico	
Pedagogo	
Psicólogo	
Sociólogo	
Terapeuta Ocupacional	
Outro(s). Especificar abaixo	

8) Você acredita que os acidentes podem ser prevenidos?

Sim, a maioria	
Sim, a minoria	
Não	

**Se a resposta foi “não”, por favor, passe para a questão número 13.**

9) Quem poderia realizar atividades de prevenção relacionadas aos acidentes?

Dentista	
Enfermeiro	
Fisioterapeuta	
Fonoaudiólogo	
Médico	
Pedagogo	
Psicólogo	
Sociólogo	
Terapeuta Ocupacional	
Outro(s). Especificar abaixo	

10) Qual(is) atividade(s) preventiva(s) poderia(m) ser realizada(s)?

--

11) Onde a(s) atividade(s) preventiva(s) poderia(m) ser realizada(s)?

Berçário	
Clinica	
Escola	
Hospital	
Residência	
Trabalho	
Unidade Básica de Saúde (UBS)	
Unidade de Saúde da Família (USF)	
Outro(s). Especificar abaixo	

12) Para quem a(s) atividade(s) deveria(m) ser direcionada(s)?

Adolescentes	
Adultos	
Crianças	
Estudantes	
Gestantes	
Pacientes	
Mães	
População geral	
Trabalhadores	
Outro(s). Especificar abaixo	

13) Você já realizou alguma atividade relacionada aos acidentes?

Sim	
Não	

**Se a resposta foi “não”, por favor, passe para a questão número 18.**

14) Qual(is) atividade(s) foi(ram) realizada(s)?

Orientação	
Prevenção	
Primeiros socorros	
Reabilitação	
Outra(s). Especificar abaixo	

15) Com quem foi(ram) realizada(s) a(s) atividade(s)?

Adolescentes	
Adultos	
Crianças	
Estudantes	
Gestantes	
Pacientes	
Mães	
População geral	
Trabalhadores	
Outro(s). Especificar abaixo	

16) Onde a(s) atividade(s) foi(ram) realizada(s)?

Berçário	
Clinica	
Escola	
Hospital	
Residência	
Trabalho	
Unidade Básica de Saúde (UBS)	
Unidade de Saúde da Família (USF)	
Outro(s). Especificar abaixo	

17) Há quanto tempo foi(ram) realizada(s)?

--

**III- As questões a seguir são referentes à formação universitária do fonoaudiólogo relacionada ao tema "acidentes: causas externas de lesão humana". Por favor, assinale com um X no retângulo à frente da(s) alternativa(s) escolhida(s) e descreva quando for o caso:**

18) Você acredita que existe alguma relação entre os acidentes e a Fonoaudiologia?

Sim	
Não	

Se a resposta foi "não", por favor, passe para a questão número 20.

19) Que relação você acredita haver?

--

20) Você ministra alguma disciplina/atividade/processo de ensino-aprendizagem que aborde o tema dos acidentes?

Sim	
Não	

**Se a resposta foi “não”, por favor, passe para a questão número 24.**

21) Explique em qual(is) disciplina(s)/atividade(s)/ processo(s) de ensino-aprendizagem o tema está inserido.

--

22) Qual(is) conteúdo(s) é(são) abordado(s)?

Acidentes infantis	
Estratégias de reabilitação das patologias	
Exposição ao ruído	
Patologias fonoaudiológicas decorrentes dos acidentes	
Prevenção de acidentes	
Traumatismo de cabeça	
Traumatismo de face	
Traumatismo de pescoço	
Outro(s). Especificar abaixo	

23) De que forma a(s) atividade(s) teórico-prática(s) referente(s) a este tema é(são) abordada(s)?

Aulas expositivas	
Estágio curricular	
Estágio extracurricular	
Seminários	
Pesquisas científicas	
Supervisão de Estágio	
Palestras	
Cursos	
Outro(s). Especificar abaixo	

24) Você acredita que a área que você atua poderia, de alguma forma, auxiliar na atuação com os acidentes?

Sim	
Não	

25) Por que?

--

**IV- As questões a seguir são referentes às opiniões acerca da inserção do conteúdo “acidentes: causas externas de lesão humana” no currículo de graduação dos cursos de Fonoaudiologia. Por favor, assinale com um X no retângulo à frente da(s) alternativa(s) escolhida(s) e descreva quando for o caso:**

26) Qual a sua opinião sobre a inserção do tema dos acidentes no currículo de graduação dos cursos de Fonoaudiologia?

Deveria ser inserido	
Não deveria ser inserido	
Indiferente	

27) Por que?

--

**Se a resposta foi “não deveria ser inserido”, por favor, passe para a questão número 30.**

28) Em qual(is) área(s) ou disciplina(s) você sugere que o tema seja incluído?

Anatomia	
Audiologia	
Fisiologia	
Fonoaudiologia hospitalar	
Fonoaudiologia Preventiva	
Linguagem	
Motricidade oral	
Neurologia	
Otorrinolaringologia	
Psicologia	
Psicomotricidade	
Saúde Pública	
Voz	
Outro(s). Especificar abaixo	

--

29) Como o tema deveria ser abordado?

Aulas expositivas	
Cursos	
Discussões	
Estágio curricular	
Estágio extracurricular	
Palestras	
Pesquisas científicas	
Seminários	
Supervisão de Estágio	
Outra(s) Especificar abaixo	

30) Caso tenha alguma sugestão ou comentário adicional, por favor, escreva-o no espaço abaixo.

--

**V- Dados de identificação:**

Data de preenchimento:
Nome do participante:
Idade:
Sexo:
Universidade:
Município de localização da universidade:
Área de formação:
Ano de formação:
Disciplina(s) e/ ou Estágio(s) que ministra:
Carga horária da(s) disciplina(s) e/ou Estágio(s) que ministra:



APÊNDICE C: Questionário para discentes

**QUESTIONÁRIO**

**I- As questões a seguir são referentes às informações recebidas sobre o tema “acidentes: causas externas de lesão humana” em instituições não universitárias. Por favor, assinale com um X no retângulo à frente da(s) alternativa(s) escolhida(s) e descreva quando for o caso:**

1) Você já recebeu alguma informação sobre acidentes fora da faculdade?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Se a resposta foi “não”, por favor, passe para a questão número 5.**

2) Qual(is) informação(ões) você recebeu?

Epidemiologia	<input type="checkbox"/>
Prevenção	<input type="checkbox"/>
Primeiros socorros	<input type="checkbox"/>
Reabilitação	<input type="checkbox"/>
Outra(s). Especificar abaixo	<input type="checkbox"/>

3) De que forma foi(ram) recebida(s)?

Curso(s)	<input type="checkbox"/>
Experiência pessoal	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>
Jornada(s)	<input type="checkbox"/>
Livros(s)	<input type="checkbox"/>
Palestra(s)	<input type="checkbox"/>
Panfleto(s)	<input type="checkbox"/>
Rádio	<input type="checkbox"/>
Revista(s)	<input type="checkbox"/>
Televisão	<input type="checkbox"/>
Outra(s). Especificar abaixo	<input type="checkbox"/>

4) Onde foi(ram) recebida(s)?

Auto-escola	<input type="checkbox"/>
Escola	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>
Local de lazer	<input type="checkbox"/>

Local de trabalho	
Residência	
Unidade Básica de Saúde (UBS)	
Unidade de Saúde da Família (USF)	
Outra(s). Especificar abaixo	

**II- As questões a seguir são referentes às opiniões acerca do tema “acidentes: causas externas de lesão humana”. Por favor, assinale com um X no retângulo à frente da(s) alternativa(s) escolhida(s) e descreva quando for o caso:**

5) Para você os acidentes são:

Eventos inesperados	
Eventos inevitáveis	
Eventos que causam morte	
Eventos que trazem consequência emocional	
Eventos que trazem consequência física	
Eventos que trazem consequência funcional	
Eventos que trazem consequência social	
Outro(s). Especificar abaixo	

6) Para você o que facilita a ocorrência de um acidente?

Cansaço físico	
Cansaço mental	
Crenças	
Deixar de fazer algo que impeça o acidente	
Distração	
Estresse	
Falta de habilidade ao exercer alguma ação	
Falta de orientação	
Fatalidades	
Imprudência	
Riscos ambientais	
Sono	
Outro(s). Especificar abaixo	

7) Na sua opinião, qual(is) profissional(ais) poderia(m) realizar atividade(s) de reabilitação relacionada(s) à(s) seqüela(s) causada(s) pelos acidentes?

Dentista	
Enfermeiro	

Fisioterapeuta	
Fonoaudiólogo	
Médico	
Pedagogo	
Psicólogo	
Sociólogo	
Terapeuta Ocupacional	
Outro(s). Especificar abaixo	

8) Você acredita que os acidentes podem ser prevenidos?

Sim, a maioria	
Sim, a minoria	
Não	

**Se a resposta foi “não”, por favor, passe para a questão número 13.**

9) Quem poderia realizar atividades de prevenção relacionadas aos acidentes?

Dentista	
Enfermeiro	
Fisioterapeuta	
Fonoaudiólogo	
Médico	
Pedagogo	
Psicólogo	
Sociólogo	
Terapeuta Ocupacional	
Outro(s). Especificar abaixo	

10) Qual(is) atividade(s) preventiva(s) poderia(m) ser realizada(s)?

--

11) Onde a(s) atividade(s) preventiva(s) poderia(m) ser realizada(s)?

Berçário	
Clinica	
Escola	
Hospital	
Residência	

Trabalho	
Unidade Básica de Saúde (UBS)	
Unidade de Saúde da Família (USF)	
Outro(s). Especificar abaixo	

12) Para quem a(s) atividade(s) deveria(m) ser direcionada(s)?

Adolescentes	
Adultos	
Crianças	
Estudantes	
Gestantes	
Pacientes	
Mães	
População geral	
Trabalhadores	
Outro(s). Especificar abaixo	

13) Você já realizou alguma atividade relacionada aos acidentes?

Sim	
Não	

**Se a resposta foi “não”, por favor, passe para a questão número 18.**

14) Qual(is) atividade(s) foi(ram) realizada(s)?

Orientação	
Prevenção	
Primeiros socorros	
Reabilitação	
Outra(s). Especificar abaixo	

15) Com quem foi(ram) realizada(s) a(s) atividade(s)?

Adolescentes	
Adultos	
Crianças	
Estudantes	
Gestantes	
Pacientes	
Mães	
População geral	

Trabalhadores	
Outro(s). Especificar abaixo	

16) Onde a(s) atividade(s) foi(ram) realizada(s)?

Berçário	
Clinica	
Escola	
Hospital	
Residência	
Trabalho	
Unidade Básica de Saúde (UBS)	
Unidade de Saúde da Família (USF)	
Outro(s). Especificar abaixo	

17) Há quanto tempo foi(ram) realizada(s)?

--

**III- As questões a seguir são referentes à formação universitária do fonoaudiólogo relacionada ao tema “acidentes: causas externas de lesão humana”. Por favor, assinale com um X no retângulo à frente da(s) alternativa(s) escolhida(s) e descreva quando for o caso:**

18) Você acredita que existe alguma relação entre os acidentes e a Fonoaudiologia?

Sim	
Não	

**Se a resposta foi “não”, por favor, passe para a questão número 20.**

19) Que relação você acredita haver?

--

20) O seu curso de Fonoaudiologia possui alguma disciplina/atividade/processo de ensino-aprendizagem que aborde o tema dos acidentes?

Sim	
Não	

**Se a resposta foi “não”, por favor, passe para a questão número 24.**

21) Explícite em qual(is) disciplina(s)/atividade(s)/ processo(s) de ensino-aprendizagem o tema está inserido.

--

22) Qual(is) conteúdo(s) é(são) abordado(s)?

Acidentes infantis	
Estratégias de reabilitação das patologias	
Exposição ao ruído	
Patologias fonoaudiológicas decorrentes dos acidentes	
Prevenção de acidentes	
Traumatismo de cabeça	
Traumatismo de face	
Traumatismo de pescoço	
Outro(s). Especificar abaixo	

23) De que forma a(s) atividade(s) teórico-prática(s) referente(s) a este tema é(são) abordada(s)?

Aulas expositivas	
Estágio curricular	
Estágio extracurricular	
Seminários	
Pesquisas científicas	
Supervisão de Estágio	
Palestras	
Cursos	
Outro(s). Especificar abaixo	

**IV- As questões a seguir são referentes às opiniões acerca da inserção do conteúdo “acidentes: causas externas de lesão humana” no currículo de graduação dos cursos de Fonoaudiologia. Por favor, assinale com um X no retângulo à frente da(s) alternativa(s) escolhida(s) e descreva quando for o caso:**

24) Qual a sua opinião sobre a inserção do tema “acidentes: causas externas de lesão humana” no currículo de graduação dos cursos de Fonoaudiologia?

Deveria ser inserido	
Não deveria ser inserido	
Indiferente	

25) Por que?

--

**Se a resposta foi “não deveria ser inserido”, por favor, passe para a questão número 28.**

26) Em qual(is) área(s) ou disciplina(s) você sugere que o tema seja incluído?

Anatomia	
Audiologia	
Fisiologia	
Fonoaudiologia hospitalar	
Fonoaudiologia Preventiva	
Linguagem	
Motricidade oral	
Neurologia	
Otorrinolaringologia	
Psicomotricidade	
Saúde Pública	
Voz	
Outro(s). Especificar abaixo	

27) Como o tema deveria ser abordado?

Aulas expositivas	
Estágio curricular	
Estágio extracurricular	
Seminários	
Pesquisas científicas	
Supervisão de Estágio	
Palestras	

Cursos	
Outra(s) Especificar abaixo	

28) Caso tenha alguma sugestão ou comentário adicional escreva-o no espaço abaixo.

--

**V- Dados de identificação:**

Data de preenchimento:
Nome do participante:
Idade:
Sexo:
Universidade:
Município de localização da universidade: